

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Determinants socials i econòmics de la salut

Efectes de la crisi
econòmica en la salut de
la població de Catalunya

Primer informe, setembre 2014

<http://observatorisalut.gencat.cat>



Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

| PINSAP | Pla interdepartamental
de salut pública

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), de la Guidelines International Network (G-I-N), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona

Tel.: 93 551 38 88

Fax: 93 551 75 10

<http://aquas.gencat.cat>

© 2014, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Primera edició: Barcelona, setembre 2014

Correcció: AQuAS

Disseny: Joana López-Cordiente

Dipòsit legal: B.22791-2014



Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi la procedència (autoria, títol, òrgan editor), i que no es faci amb fins comercials. No es permet la creació d'obres derivades sense autorització expressa dels autors i de l'editor.

La llicència completa es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Determinants socials i econòmics de la salut

Efectes de la crisi
econòmica en la salut de
la població de Catalunya

Primer informe, setembre 2014

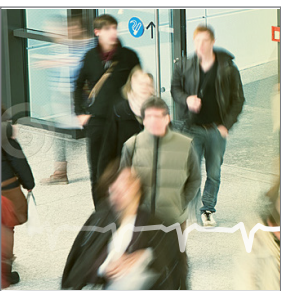
Agraïments

L'AQuAS vol agrair les valuoses aportacions i la tasca de revisió del document per part del grup de treball sobre "Determinants Socials i Econòmics" del Consell Assessor de Salut Pública, en especial a Marisol Rodríguez (presidenta) i als membres Victòria Camps, Àngela Domínguez, Josep Ramos, Antoni Trilla i Josep Vaqué



Índex

Resum	7
Introducció	11
Marc conceptual: els determinants de la salut	13
Experiències de crisis prèvies i la crisi econòmica actual	14
L'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població	16
Les fonts d'informació	18
Determinants socioeconòmics	21
Evolució del producte interior brut	23
Situació laboral: atur i ocupació	23
Educació: abandonament escolar	27
Condicions de vida i nivell de renda	28
Condicions de l'habitatge: habitatge precari i sense llar	30
Hàbits i estils de vida	32
Indicadors d'accessibilitat i utilització de serveis sanitaris	37
Pressupost de salut	39
Pressupost de Salut Pública	40
Cobertura sanitària	40
Accessibilitat	40
Farmàcia	48
Indicadors de salut	51
Mortalitat	53
Estat de salut	59
Implicacions	63
Propers passos	71
Bibliografia	75



Resum

Des de l'any 2008, Catalunya, igual que la resta de l'Estat espanyol i que la major part d'Europa, està immersa en una greu crisi econòmica. En aquest context de situació mantinguda de crisi i de polítiques d'austeritat, es fa necessari monitorar l'evolució dels principals indicadors socioeconòmics, de la utilització de serveis sanitaris i de salut de la població de Catalunya i, específicament, l'evolució de les desigualtats associades a la crisi i els seus efectes en la població més vulnerable.

En aquest context, el Govern de la Generalitat de Catalunya ha acordat impulsar la constitució de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població, en el marc de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, amb l'objectiu de fer un seguiment estret dels principals indicadors de salut (estils de vida, ús de serveis sanitaris, incidència de determinades malalties, etc.) i analitzar-ne l'evolució.

L'objectiu d'aquest informe és, doncs, descriure els canvis en els determinants socials i les condicions de vida, els indicadors d'hàbits i estils de vida, l'accés i utilització de serveis sanitaris, i els indicadors de salut de la població de Catalunya en el context de la crisi econòmica iniciada l'any 2008, a partir de l'anàlisi de les dades disponibles. No es pretén establir associacions causals entre la crisi econòmica i els canvis en salut, sinó fer una descripció del fenomen i apuntar aquelles situacions més crítiques de grups de població específics.

Seguint el marc conceptual de la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut, que estableix tres grans grups de determinants de la salut (els socioeconòmics i polítics, els factors intermedis i el sistema sanitari), s'han analitzat indicadors sobre aquests determinants. Per a aquest informe s'han utilitzat diverses fonts d'informació estadística i sanitària amb dades públiques disponibles i alguns estudis específics del nostre context.

El paper dels determinants socials de la salut és essencial en la influència de la crisi econòmica sobre la salut. L'augment de l'atur i de la precarietat laboral s'associen amb un augment de la pobresa, la restricció dels pressupostos individuals i familiars per a les necessitats bàsiques de la vida i una pitjor salut a curt i llarg termini. La població infantil de famílies amb menys recursos econòmics, els de menor nivell d'estudis, la població a l'atur de llarga durada, els immigrants -especialment els que es troben en situació administrativa irregular- i els grups amb risc d'exclusió social (pobresa extrema, persones sense sostre) són els grups poblacionals més vulnerables i amb més risc de patir les conseqüències negatives de la crisi. Els principals resultats pel que fa als determinants socioeconòmics mostren, en primer lloc, un creixement negatiu del producte interior brut (PIB) a partir de 2008 (-0,2%), moment en què s'inicia la crisi econòmica. En aquest context, s'ha produït un increment continuat de l'atur entre els anys 2006 i 2013, passant-se del 7,5% al 24,5%. En la població jove, de 16 a 24 anys d'edat, l'atur

ha augmentat des del 14,7% l'any 2006 fins al 50,7% l'any 2013. Un altre resultat destacable és l'augment de la desigualtat en la distribució de la renda: si bé l'any 2006 la renda del 20% de la població més rica era 4,6 vegades la renda del 20% de la població més pobre, l'any 2012 era 6,5 vegades superior. Aquest empitjorament de les condicions socioeconòmiques de la població catalana, però, no s'ha traduït en pitjors resultats de salut. L'evolució d'aquests indicadors és estable pel conjunt de la població, però quan s'analitzen les dades per grups de població en funció de la seva situació laboral o classe social, s'observen diferències significatives i pitjors resultats de salut entre la població més desfavorida.

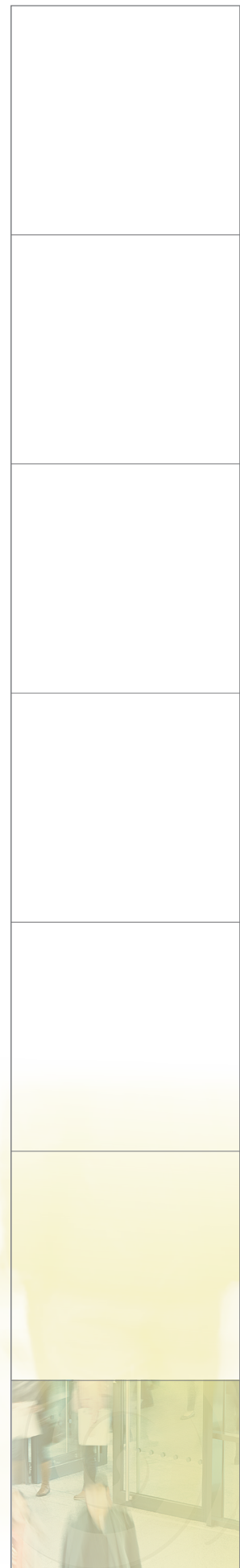
Pel que fa als indicadors d'accessibilitat i utilització de serveis sanitaris, es pot observar la prioritització que s'ha realitzat en l'atenció a les urgències i emergències mèdiques (activació de Codi ictus, Codi Infart i Codi Politrauma) i als problemes de salut prioritaris, en detriment de l'activitat electiva. Això ha suposat un augment de les persones que es troben en llista d'espera per a intervencions quirúrgiques electives i un major temps d'espera. Els programes preventius de detecció precoç de càncer de mama i de còlon i recte s'han mantingut (aquest darrer però sense acabar-se de desplegar a tota la població), i el cribratge neonatal s'ha ampliat amb la detecció precoç de 22 malalties.

Quant als indicadors de salut, s'observa una tendència descendent de la mortalitat per totes les causes entre els anys 2007 i 2012. La mortalitat per suïcidis no presenta canvis en el període analitzat, però sí que s'observa un increment significatiu de les taxes d'hospitalització per intent de suïcidis en el període 2005-2012. Així mateix, la mortalitat per malaltia isquèmica del cor i cerebrovascular s'ha reduït de forma rellevant els darrers anys.

La salut autopercebuda ha presentat una tendència a millorar per al total de la població comparant l'any 2006 amb els anys 2011-2012: els col·lectius que presenten pitjor salut percebuda són les persones a l'atur. El risc de patir problemes de salut mental ha augmentat durant aquests darrers anys, i també està relacionat amb la situació laboral. Així, la població aturada presenta més risc de patir mala salut mental.

Les experiències de crisis prèvies indiquen que és probable que la major part de resultats en salut associats amb la crisi es presentin a mitjà i a llarg termini, més que no pas a curt termini. Es fa necessari monitorar la salut i dur a terme estudis específics que permetin analitzar la relació entre els canvis en les condicions de vida, en l'accés als serveis sanitaris i la salut amb la crisi econòmica, sobretot dels grups de població més vulnerables, així com les diferències entre territoris i segons els eixos de desigualtat (sexe, edat, posició socioeconòmica i país d'origen). Aquesta informació pot ser rellevant per orientar les respostes polítiques a les crisis.

En conclusió, els resultats de l'informe evidencien l'empitjorament de les condicions socioeconòmiques de la població catalana, amb un augment de l'atur i de les desigualtats socials, i pitjors condicions de vida i d'habitatge. Ara per ara es pot observar que la crisi es relaciona amb algun aspecte de la salut, especialment la salut mental i en grups vulnerables, i alguns efectes



sobre l'ús i accés als serveis sanitaris, com les llistes d'espera, però quant a la població general no ha afectat els indicadors de mortalitat i morbiditat estudiats. No obstant això, caldrà veure en un futur si aquest empitjorament dels determinants socials de la salut i les seves desigualtats tenen algun impacte sobre la salut de la població i molt especialment en els grups de població més vulnerable.

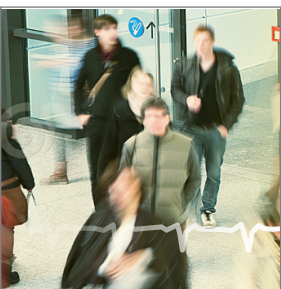




OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Introducció



Introducció

Marc conceptual: els determinants de la salut

La salut dels individus i de les poblacions depèn de múltiples factors, molts dels quals són aliens al sistema sanitari. Segons indiquen els estudis, els estils de vida i els factors ambientals inadequats són els que contribueixen més a la mortalitat general, mentre que altres factors com ara les deficiències, la biologia humana i els errors en els serveis sanitaris expliquen en menor mesura la mortalitat (Lalonde, 1974; Dever, 1976; Thornton et al., 2002). Els determinants de la salut de les persones són múltiples, des dels estils de vida, els factors biològics, les xarxes socials i comunitàries, l'educació, les condicions de vida i treball, l'habitatge, els serveis de salut pública i d'atenció sanitària, els serveis socials, fins al context general socioeconòmic, cultural i d'entorn, tal com recull el model de Dahlgren i Whitehead (Dahlgren et al., 2007).

Així doncs, la salut i la malaltia tenen una dimensió social que vincula la situació socioeconòmica a l'estat de salut. La Comissió sobre Determinants Socials de la Salut (CDSS) de l'Organització Mundial de la Salut planteja un marc conceptual de determinants de la salut dividit en els grans grups de factors següents (Artazcoz et al., 2008; Commission on social determinants of health [CSDH-CDSS], 2008; Solar et al., 2010): els *factores de context socioeconòmic i polític*, factors estructurals del sistema social com els models de govern, les polítiques macroeconòmiques o les polítiques públiques; els *factores de posició socioeconòmica*, com la classe social, la situació socioeconòmica (vinculada al nivell educatiu, l'ocupació i els ingressos), el sexe, l'ètnia; els *factores intermedis*, relacionats amb circumstàncies materials (habitatge, condicions de treball o barri de residència), circumstàncies psicossocials, factors conductuals i biològics; i el *sistema sanitari*.

El model desenvolupat per la CDSS persegueix l'enfortiment de l'equitat en salut, tant a escala mundial com dins dels països. Aquest model va més enllà de posar el focus en les causes immediates de la malaltia. Els factors estructurals i els recursos materials anomenats determinants socials de la salut tenen influència sobre els hàbits i estils de vida, per això s'anomenen les "causes de les causes". Tots aquests factors, els estructurals i els intermedis amb una petita part, corresponent als serveis sanitaris, són aspectes fonamentals que creen les condicions en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, i determinen la major o menor equitat en salut de les poblacions. Aquests determinants estructurals i intermedis signifiquen, d'una banda, diferent exposició a riscos de salut, i de l'altra, diferent vulnerabilitat (susceptibilitat i magnitud de l'impacte en la salut per a un determinat nivell d'exposició) (Diderichsen et al., 2012).

Partint de la importància dels determinants socials i econòmics per explicar la salut de la població, el Pla de salut de Catalunya contempla, entre els seus projectes prioritaris, l'elaboració del Pla interdepartamental de salut

pública (PINSAP). El PINSAP desenvolupa iniciatives transversals de promoció i protecció de la salut abordant els determinants de la salut, introduint “salut en totes les polítiques”.

En el marc d'aquest model de la CDSS, l'anàlisi dels determinants de salut és essencial per mesurar la influència de la crisi econòmica sobre la salut (Marmot et al., 2013). L'impacte de les recessions i crisis econòmiques sobre les condicions de vida i de salut de les poblacions és diferent en cada període de crisi i cada país: depèn del tipus, durada i intensitat de la crisi, i del tipus i velocitat dels canvis que es produeixen. També depèn de la situació econòmica, política i social de cada país prèvia a la crisi, de les mesures adoptades pels governs per protegir les persones, i del paper de les comunitats, les estructures familiars i les xarxes socials existents. D'altra banda, aquests efectes poden ser difícils d'identificar a curt termini i poden aparèixer posteriorment a la crisi.

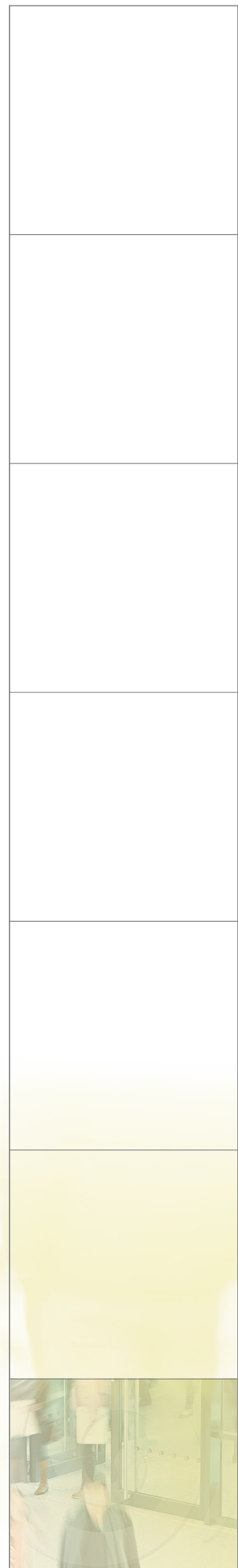
L'augment de l'atur i de la precarietat laboral s'associa amb un augment de la pobresa, la restricció dels pressupostos individuals i familiars per a les necessitats bàsiques de la vida (inclosa l'alimentació) i una pitjor salut a curt i llarg termini. L'empitjorament de les condicions de l'habitatge (per exemple, pel risc de desnonaments) s'associa amb pitjors condicions de vida, augment del risc de patiment mental i de suïcidi (Milner et al., 2013). L'augment dels costos dels aliments té un impacte més elevat en la població més vulnerable. A més, l'augment de les desigualtats socials s'associa amb pitjors resultats en salut a curt i llarg termini (Heltberg et al., 2012). La pobresa és un altre factor de gran influència. S'ha estimat que explica el 6% de la mortalitat als Estats Units (McGinnis et al., 2002).

És universalment acceptat que la població infantil és un dels grups més vulnerables davant de les situacions d'estrès que pot provocar una crisi. Els nens i nenes de famílies amb menys recursos econòmics, els de menor nivell d'estudis parentals, i les famílies monoparentals amb pocs recursos econòmics estan entre els grups de població amb més risc de patir les conseqüències de la crisi. Les persones grans que viuen soles i disposen de poca xarxa social, els qui pateixen situació d'atur de llarga durada, els immigrants -especialment els que es troben en situació administrativa irregular-, i els grups amb risc d'exclusió social (pobresa extrema, persones sense sostre) són altres grups poblacionals vulnerables.

De les respostes dels governs i de la societat en general, tant de les organitzacions com de les famílies i dels individus davant de la situació de crisi econòmica (és a dir, la capacitat d'adaptació del sistema i de la societat a les noves circumstàncies), dependrà que els factors abans mencionats produeixin un impacte més o menys important, i afectin la salut i el benestar de la població.

Experiències de crisis prèvies i la crisi econòmica actual

La revisió de la literatura sobre l'impacte de les crisis econòmiques en la salut de les poblacions mostra una gran variabilitat quant a tipus d'estudis i un ampli ventall de resultats. La major part dels estudis que presenten efectes



concrets sobre la salut són a llarg termini; quan es consideren indicadors de mortalitat habitualment es mostren els efectes molts anys després de la crisi.

Alguns estudis de mortalitat mostren un augment de la mortalitat de totes les causes associades a l'atur, més elevada en homes que en dones en edat laboral, i com aquest augment tendeix a ser menys marcat a partir dels deu anys de seguiment (Roelf et al., 2011). En canvi, entre els efectes que es mostren de forma més consistent en diferents crisis i situacions hi ha l'augment dels suïcidis. Una revisió sistemàtica recent (Catalano et al., 2011) ha mostrat que la situació laboral d'atur de llarga durada s'associa amb un major risc de suïcidi, amb un augment màxim de risc durant els primers cinc anys, comparat amb la població que hi treballa.

L'impacte de la crisi actual en la salut mental també ha estat analitzat en diversos estudis i aquesta repercussió és àmpliament acceptada. L'estudi més conegut (Gili et al., 2013) mostra un augment de la prevalença de problemes de salut mental a l'atenció primària de salut, amb una probabilitat major de patir algun problema de salut mental entre els aturats, i encara major entre els desnonats. Altres estudis recents mostren un augment de la probabilitat de patir problemes de salut mental en homes en edat laboral associat a l'atur i, sobretot, en els aturats de llarga durada (Bartoll et al. 2013; Urbanos et al., 2014).

Alguns estudis han analitzat l'impacte de la crisi econòmica actual en les condicions de vida de les famílies i els infants a Grècia (Kentikelenis et al., 2014; Kentikelenis et al., 2011), l'Estat espanyol (González-Bueno et al., 2012; Leahy et al., 2014; Navarro et al., 2012; Rajmil et al. 2012), el Regne Unit (Witham et al., 2012) o els Estats Units d'Amèrica (Wise, 2009). A Grècia la desocupació juvenil ha augmentat del 18,6% al 40,1% del 2008 al 2011. A l'Estat espanyol, la pobresa infantil ha augmentat un 53% entre el 2007 i el 2010. Al Regne Unit s'estima que hi ha 3,5 milions de nens i nenes que viuen en la pobresa i s'espera que aquesta xifra augmenti en 600.000 els anys 2015-2016. També al Regne Unit s'ha descrit que l'augment dels preus dels aliments ha estat un factor afegit que ha augmentat les desigualtats i ha dificultat l'accés a una dieta saludable, ha augmentat les hospitalitzacions per malnutrició, així com l'ús de bancs d'aliments (Taylor-Robinson et al., 2013). Entre els efectes sobre les conductes relacionades amb la salut infantil s'ha descrit un augment de la violència infantil als Estats Units d'Amèrica (Berger et al., 2011).

Entre les experiències que s'han posat en marxa per tal de monitorar la salut en temps de crisi destaca la de l'Observatori Europeu (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/eurohealth/health-systems-and-the-financial-crisis>). Entre les seves aportacions destaca l'anàlisi dels canvis produïts en els sistemes sanitaris i les seves implicacions polítiques (European Observatory on health systems and policies, 2013).

Així també l'informe de la Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària (SESPAS), publicat recentment, fa una aproximació a l'impacte de

la crisi econòmica actual en la població espanyola i les experiències de crisis prèvies, i presenta evidències del seu efecte sobre els determinants de la salut, els canvis en alguns estils de vida i d'accés als serveis sanitaris (CortèsFranch et al., 2014). Alguns exemples dels efectes de crisis econòmiques prèvies es troben en el cas del col·lapse de la Unió Soviètica, on a Rússia, entre 1990 i 1994, es van perdre més de cinc anys d'esperança de vida i es va augmentar la mortalitat per accidents, per malaltia cardiovascular i per altres causes vinculades al consum d'alcohol. D'altra banda, el cas de Finlàndia a la crisi dels anys noranta mostra que no es van produir canvis en la taxa de suïcidis ni altres indicadors de salut mental (Rivadeneyra-Sicilia et al., 2014). En la mateixa línia, la crisi a Suècia als anys noranta no va mostrar impacte en la salut de la població, aspecte que es relaciona amb les polítiques de protecció i d'estímul del treball endegades en aquell moment (Bremberg, 2003).

L'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població

Des de l'any 2008 Catalunya, igual que la resta de l'Estat espanyol i que la major part d'Europa, està immersa en una greu crisi econòmica. En aquest context de situació mantinguda de crisi i de polítiques d'austeritat, es fa necessari monitorar l'evolució dels indicadors de salut i dels indicadors socioeconòmics de la població de Catalunya i, específicament, analitzar l'evolució de les desigualtats associades a la crisi i els seus efectes en la població més vulnerable. El coneixement de l'evolució d'aquests indicadors serà un instrument al servei de la presa de decisions en relació amb les mesures que s'han de prendre per minimitzar i revertir els impactes negatius de la crisi en la salut.

En aquest context, el Govern de la Generalitat de Catalunya ha acordat impulsar la constitució d'un Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població, en el marc de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, amb l'objectiu de fer un seguiment estret dels principals indicadors de salut (estils de vida, ús de serveis sanitaris, incidència de determinades malalties, etc.) i analitzar-ne l'evolució, considerant també l'evolució dels indicadors relacionats amb els determinants socials de la salut. A més, és important el monitoratge de la salut poblacional en el temps, més enllà de les crisis, atès que encara que els indicadors socioeconòmics millorin, les condicions desfavorables de treball podrien mantenir-se i l'impacte en la salut aparèixer a llarg termini. L'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya és l'ens encarregat de posar a disposició de ciutadans, professionals, investigadors i gestors, la informació necessària per millorar el coneixement del sector salut i facilitar el retiment de comptes i la presa de decisions (<http://observatorisalut.gencat.cat>) (Observatori del Sistema de Salut; 2014).

L'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població posarà atenció preferent en la població en situació de vulnerabilitat que, per motius de renda, sexe, edat o nivell educatiu, entre d'altres, estigui rebent els efectes de la crisi econòmica amb major intensitat. A partir de l'anàlisi dels



resultats, el Govern, en cas que sigui oportú, reorientarà les polítiques sanitàries i articularà actuacions per tal de respondre a les necessitats de salut identificades, millorar els resultats en salut i garantir l'equitat en l'accés a uns serveis públics de salut de qualitat.

Els objectius d'aquest informe són descriure els canvis en els determinants socials i les condicions de vida, els indicadors d'hàbits i estils de vida, l'accés i utilització de serveis sanitaris, i els indicadors de salut de la població de Catalunya en el context de la crisi econòmica iniciada l'any 2008, a partir de l'anàlisi de les dades disponibles. Aquest informe no pretén establir associacions causals entre la crisi econòmica i els canvis en salut -d'altra banda molt difícil- sinó fer una descripció del fenomen i apuntar aquelles situacions més crítiques de grups de població específics. Val la pena tenir en compte que és molt probable que la major part dels efectes en la salut associats a la crisi es presentin a mitjà i llarg termini, més que no pas a curt termini. En aquest sentit, en el cas d'alguns indicadors com ara la mortalitat per causes específiques, en els propers anys es podrien confirmar canvis de tendència, essent necessari dur a terme estudis específics en què es relacioni la mortalitat per aquestes causes amb les condicions de vida.

En els casos en què sigui necessari, les actuacions d'abordatge a les necessitats identificades a través de l'anàlisi dels efectes de la crisi faran necessària la mobilització i responsabilitat de diferents àmbits del Govern i en aquest cas seran vehiculades a través del PINSAP, que tal com s'indicava a la introducció, recull les línies d'actuació transversals i interdisciplinàries per a l'abordatge dels problemes de salut a través de la coordinació de les accions que incideixen en la salut de la població i que són competència de diversos departaments.

Aquest primer informe proposa una sèrie d'indicadors que permetin estudiar al llarg del temps l'efecte de la crisi en les desigualtats socials i en la salut, i l'impacte en les poblacions en situació de major vulnerabilitat (població infantil, població aturada de llarga durada, població en situació de manca de recursos econòmics i d'habitatge precari, immigrants, gent gran, etc.). Una limitació important és la identificació d'indicadors sensibles que permetin detectar canvis en les poblacions més afectades a curt termini, ja que les mitjanes i/o tendències poblacionals no permeten detectar canvis en els grups de població en pitjor situació. En aquest sentit, en informes futurs també s'haurien d'explorar indicadors predictius de vulnerabilitat i resistència del sistema sanitari amb la finalitat d'intentar implementar mesures per mitigar els potencials efectes negatius en situacions de recessió i crisi econòmica (Hui et al., 2013), d'estancament de llarga durada, així com també en situacions d'expansió.

Per a aquest informe s'ha seleccionat un grup d'indicadors relacionats amb els àmbits dels determinants socials de la salut (ocupació, educació, condicions de vida, condicions de l'habitatge), de salut i d'hàbits relacionats amb la salut, així com d'ús de serveis sanitaris que recullin o ens indiquin realment sobre la vulnerabilitat i resiliència del sistema sanitari davant els canvis econòmics i socials.

Les característiques que s'han tingut en compte per seleccionar els indicadors analitzats són:

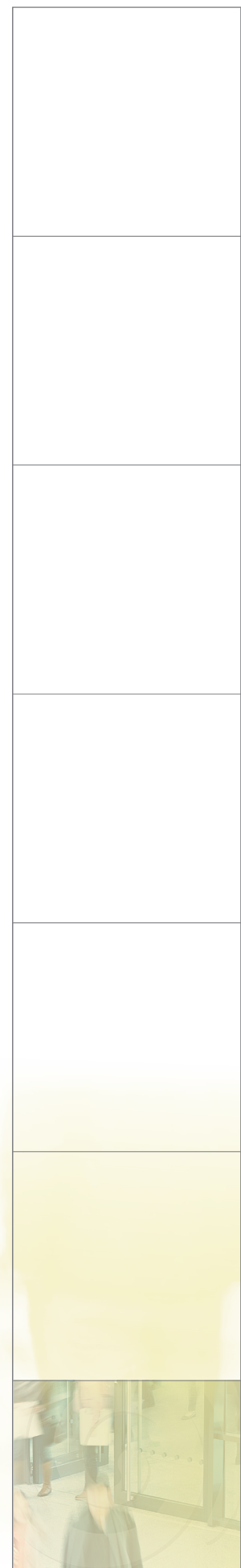
- Permetre establir sèries temporals des d'abans de l'any 2008 si és possible.
- Presentar suficient sensibilitat per detectar canvis a curt termini (en anys), mitjà termini (d'un a tres anys) i/o llarg termini.
- Prioritzar la informació sobre l'impacte en tota la població així com sobre les desigualtats socials, especialment en els grups vulnerables existents o emergents.
- Subministrar informació oportuna i actualitzada i que doni una visió en temps real del que està succeint.
- Detectar l'impacte actual i permetre la modelització de tendències i l'anàlisi de projeccions d'acord amb les experiències prèvies.
- Estar disponibles a partir de dades recollides de manera sistemàtica, ja sigui en sistemes d'informació administratius, registres sanitaris, com a partir d'informació comunitària i d'organitzacions no governamentals i voluntariat.

Les fonts d'informació

Per analitzar els efectes de la crisi sobre la població, s'han classificat els indicadors en tres grans blocs: els determinants socioeconòmics, d'accessibilitat als serveis sanitaris, i de salut.

En el primer bloc es recullen totes les dades relacionades amb el creixement econòmic del país, la situació laboral, el nivell d'estudis, les condicions de vida i el nivell de renda. Les fonts consultades per als indicadors laborals han estat l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) i l'Institut Nacional d'Estadística (INE), l'Enquesta de població activa i l'Eurostat. Les dades sobre les condicions de vida s'han obtingut, a banda de l'Idescat, de l'Enquesta de condicions de vida i els serveis d'inserció social de l'Ajuntament de Barcelona, i a més s'han consultat les memòries d'organitzacions no governamentals. En relació amb els estils de vida, s'ha analitzat el consum de tabac, el consum de risc d'alcohol i de drogues, així com l'excés de pes, atès que aquests es poden veure incrementats per factors com ara l'estrès associat a la situació d'atur i a la manca de recursos econòmics, mentre que d'altres factors poden tenir influència positiva i afavorir una millora dels hàbits i estils de vida. A més, en altres contextos s'han descrit canvis amb augment de les conductes de risc com les mencionades prèviament i de malalties infeccioses, tant en crisis prèvies (Dávila-Quintana et al., 2014) com en la crisi actual (Mackenbach et al., 2013; Kentekelenis et al., 2011 i 2014), motiu pel qual s'han inclòs aquests indicadors.

En el segon bloc s'analitzen els pressupostos sanitaris, els indicadors d'accessibilitat i la utilització dels serveis sanitaris que provenen en bona part d'estadístiques i registres del Servei Català de Salut i del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalu-



nya (CEEISCAT). Es descriuen l'activitat quirúrgica i l'evolució del temps d'espera per als procediments quirúrgics amb temps garantit per tal d'avaluar l'impacte de les restriccions pressupostàries en aquesta activitat; també s'han analitzat la dispensació de farmàcia i l'evolució del consum de psicofàrmacs, el retard del diagnòstic pel VIH/SIDA, la tuberculosi, les malalties de transmissió sexual, i el comportament dels serveis sanitaris en algunes situacions específiques i d'emergència.

En el tercer bloc s'analitzen els indicadors de salut. En aquest apartat s'analitzen les dades d'esperança de vida, la mortalitat general, la mortalitat infantil i perinatal, i l'estat de salut percebut. S'ha inclòs la mortalitat global i per causes específiques, ja que, si bé l'impacte negatiu sobre mortalitat es produeix a més llarg termini segons mostren estudis previs, es podrien observar canvis en els patrons de mortalitat per causes específiques a curt termini. La mortalitat per accidents de trànsit pot disminuir com a conseqüència, entre d'altres factors, de la disminució de l'exposició a l'ús de vehicles associada a la crisi, mentre que les morts per suïcidi i els intents de suïcidi podrien mostrar canvis de tendència temporal associats amb les pitjors condicions de vida de la població més vulnerable. Per tal d'avaluar el potencial impacte negatiu en la salut mental s'analitzen els indicadors disponibles de salut mental de la població general.

Les fonts consultades per analitzar els hàbits i estils de vida i els indicadors de salut són principalment el Registre de mortalitat, l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) i el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). Les estadístiques de mortalitat a Catalunya es recullen amb la col·laboració de l'INE i l'Idescat. L'ESCA, en canvi, consisteix en la realització d'entrevistes a una mostra representativa de la població catalana (no institucionalitzada). A partir de l'any 2010, l'enquesta es deixa de realitzar periòdicament i passa a ser contínua. Finalment, el CMBD és un registre que recull informació sobre la patologia atesa als centres sanitaris de Catalunya.

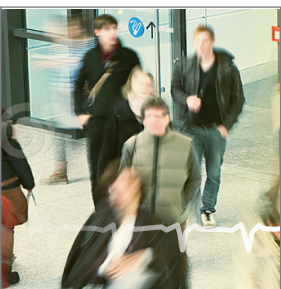
L'estudi de les desigualtats socials i el seu impacte en la salut, tot i la importància en el context d'aquest informe, només s'ha pogut tenir en compte en l'anàlisi d'alguns indicadors quan les fonts d'informació ho han permès. Es pretén poder aprofundir-hi en els futurs informes. D'altra banda, a pesar que les fonts d'informació esmentades són públiques i accessibles, cal tenir en compte que utilitzen metodologies diferents que podrien explicar en alguns casos les diferències o aportar complementarietat en la informació mostrada. La major part de les fonts de dades s'han consultat i obtingut durant el primer trimestre del 2014. D'altra banda, els períodes temporals analitzats són diferents segons la disponibilitat de dades en les fonts consultades.



OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Determinants socioeconòmics



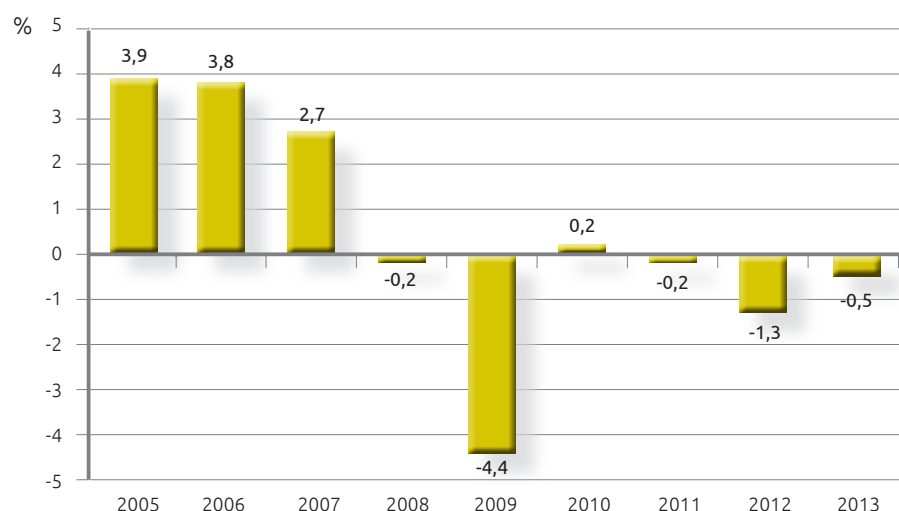
Determinants socioeconòmics

A continuació es presenta una breu anàlisi de l'evolució dels principals indicadors dels determinants socials i econòmics de salut. Cal tenir present que l'objecte d'aquest apartat és contextualitzar l'entorn que influeix a la salut de la població (Dalhgren et al., 2007), i no analitzar exhaustivament els indicadors que configuren l'escenari de la crisi econòmica.

Evolució del producte interior brut

Per primer cop en molts anys, el producte interior brut (PIB) de Catalunya va presentar una xifra de creixement negativa l'any 2008, moment a partir del qual es marca l'inici de la crisi econòmica.

Evolució del producte interior brut (PIB) de Catalunya, 2005-2013
(percentatge de canvi del PIB) Base 2008



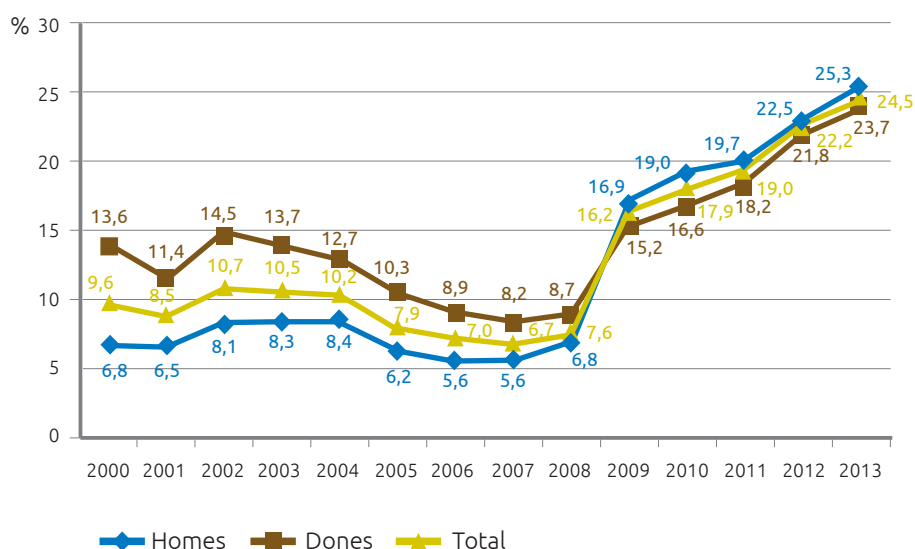
Font: Idescat

Situació laboral: atur i ocupació

L'atur, especialment l'atur de llarga durada, i el treball precari estan potencialment associats amb pitjor salut, en comparació de les persones treballadores (Roelfs, et al., 2011). La situació d'estrès i inseguretat laborals també poden afectar la salut (Robone et al., 2011; Rodríguez et al., 2002).

Les dades de l'Enquesta de població activa mostren l'increment continuat de l'atur en els darrers anys. El primer trimestre de 2013 es van comptabilitzar 902.300 persones desocupades, que suposen una taxa d'atur del 24,5%. En el mateix trimestre de l'any 2006 les persones desocupades eren 277.500 i la taxa d'atur era del 7,0%.

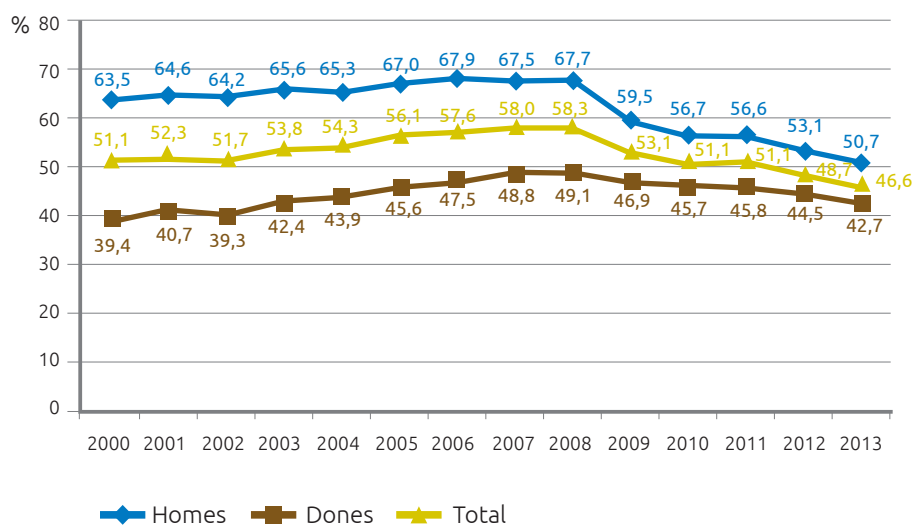
Evolució de la taxa d'atur, 2000-2013 (percentatge de la població desocupada / total de població activa, ocupada i desocupada)



Font: Enquesta de població activa, Idescat

En els darrers anys s'ha produït, també, un canvi de patró en l'ocupació segons el sexe. Fins a l'any 2009, la taxa d'ocupació de les dones seguia una tendència creixent però es mantenia en valors un 20% més baixos que els dels homes. Pel que fa a l'atur, les dones actives desocupades tenien valors superiors als homes entre 3 i 4 punts percentuals. A partir del 2009 aquest patró varia considerablement: les dones encara tenen una taxa d'ocupació inferior a la dels homes, però ara la diferència s'ha reduït fins al 10%. Pel que fa a l'atur, la diferència entre homes i dones s'ha anat reduint, fins que la tendència s'ha invertit, i a partir del 2009 són els homes els que tenen taxes d'atur més altes.

Evolució de la taxa d'ocupació, 2000-2013 (percentatge de la població ocupada / total de població activa ocupada i desocupada)



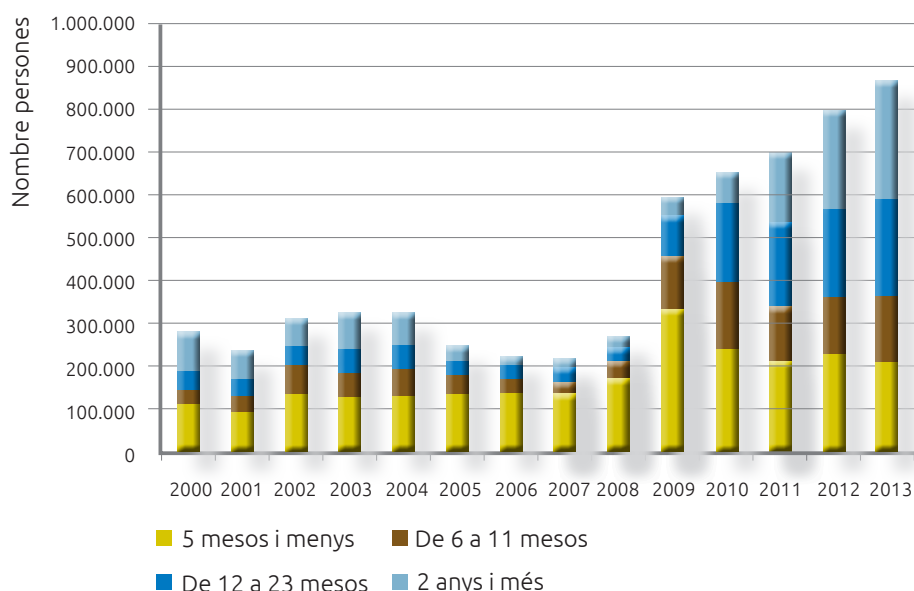
Font: Enquesta de població activa, Idescat



L'atur de llarga durada (més de dotze mesos buscant feina) és el que es relaciona amb pitjors indicadors de salut, i la percepció de prestacions té un efecte protector de la salut en les persones que perden la feina (Catalano et al., 2010). A Catalunya la taxa de protecció per desocupació en el primer trimestre de 2014 ha estat del 31,7% (només un de cada tres persones aturades rep prestacions). La menor taxa de protecció la tenen els joves menors de 30 anys (només un de cada vuit percep prestació, l'11,9%) i les dones tenen una taxa de protecció nou punts inferior a la dels homes (Fundación 1º de Mayo, 2014).

Entre els anys 2008 i 2013 s'ha produït un increment molt important en la durada de l'atur. En el primer trimestre de l'any 2013 hi havia més de 500.000 aturats amb més d'un any de durada (56,3%) i, d'aquests, el 54,8% (278.700) estaven a l'atur des de feia més de dos anys. A més, del total d'aturats, el 62% no rebien cap subsidi. La taxa d'atur de més de dos anys ha passat del 2,5% l'any 2008 al 7,6% l'any 2013.

Evolució de l'atur segons la durada, 2000-2013 (nombre total d'individus aturats segons el temps d'atur)

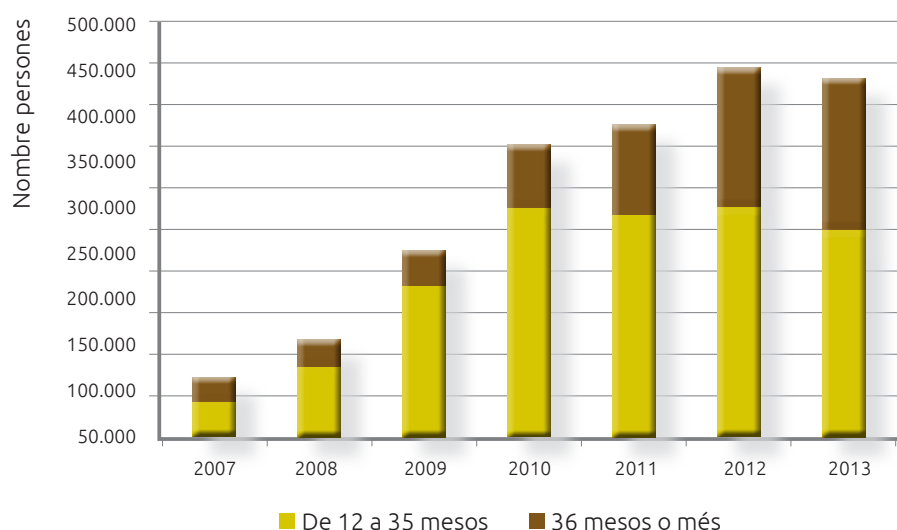


Font: Enquesta de població activa, Idescat

Un altre indicador relacionat amb l'augment de la durada de l'atur és el nombre de persones que declaren estar desocupades entre 12 i 35 mesos, i entre 36 o més mesos des que van deixar la darrera ocupació, indicador que ha augmentat de 44.300 persones (12 a 35 mesos) i 29.800 (36 mesos o més) l'any 2007 a 252.100 (12 a 35 mesos) i 183.500 (36 mesos o més) al quart trimestre de 2013, respectivament. Aquesta situació és especialment greu atesa l'elevada probabilitat que les persones desocupades 36 mesos o més hagin deixat de rebre subsidis.

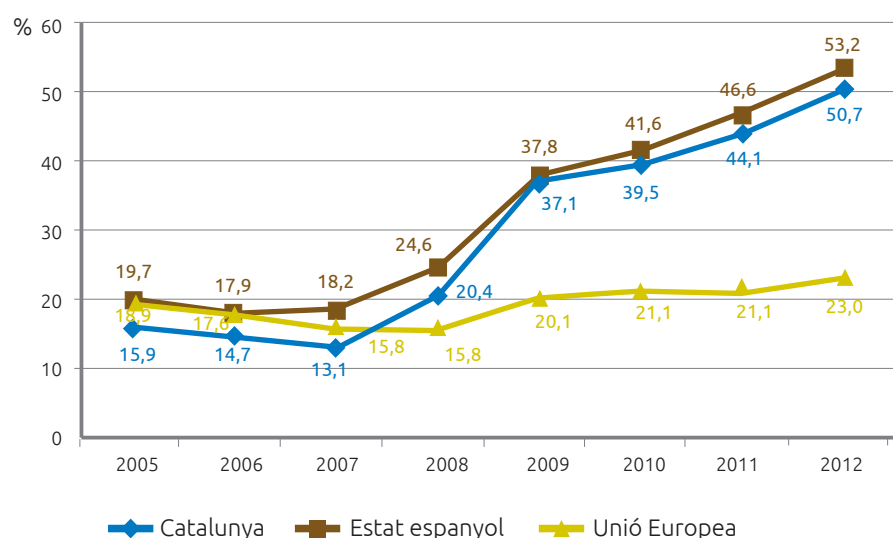
L'atur varia d'acord amb l'edat. Així, en el grup de població jove, de 16 a 24 anys d'edat, l'atur ha augmentat des del 15,9% l'any 2005 fins al 50,7% l'any 2012. Catalunya, igual que l'Estat espanyol, presenta una de les taxes d'atur més elevades de la Unió Europea, sobretot entre els joves.

Evolució del nombre total d'individus aturats que ha treballat abans segons el temps des que va deixar la darrera ocupació, 2007-2013 (nombre total de persones aturades segons el temps d'atur)



Font: Enquesta de població activa, Idescat

Evolució de la taxa d'atur de la població de 16 a 24 anys d'edat, 2005-2012 (percentatge de població de 16-24 anys d'edat a la cerca activa d'ocupació / total de població activa de 16-24 anys)

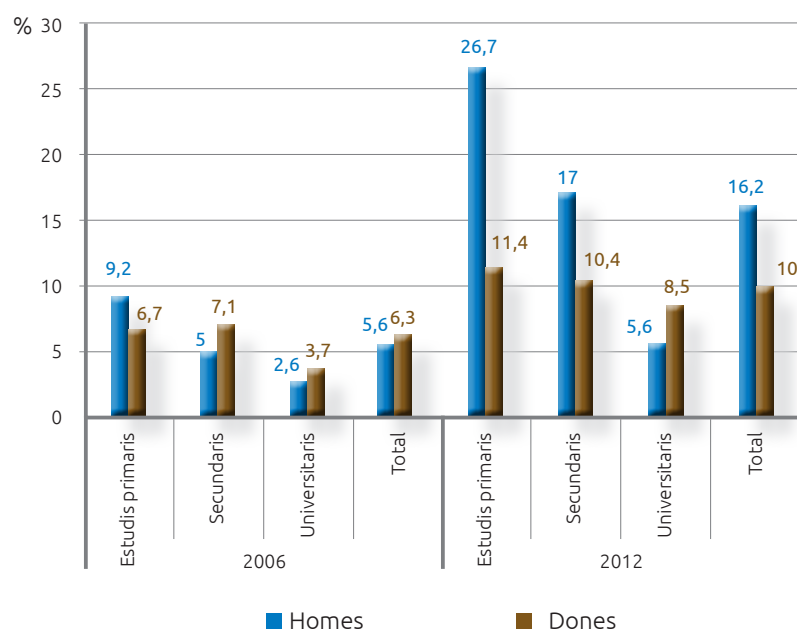


Font: Idescat i Eurostat

Malgrat que l'ESCA no està dissenyada per fer estimacions sobre el nivell d'atur, permet analitzar dades comparables de 2006 i 2012 per nivell d'estudis. Per realitzar el càlcul de la població que està aturada, s'ha agafat el total de la població entre 16 i 64 anys. Per aquest motiu, tot i que aquest gràfic no mostra de manera afinada els nivells d'atur, sí que ens permet veure el gradient existent en l'atur en funció del nivell d'estudis i sexe de la població. Es pot observar, doncs, que, segons l'ESCA, la proporció d'aturats és més elevada entre la població amb nivell d'estudis primaris respecte a la població



Percentatge de població de 16 a 64 anys a l'atur segons el nivell d'estudis i el sexe, 2006/2012



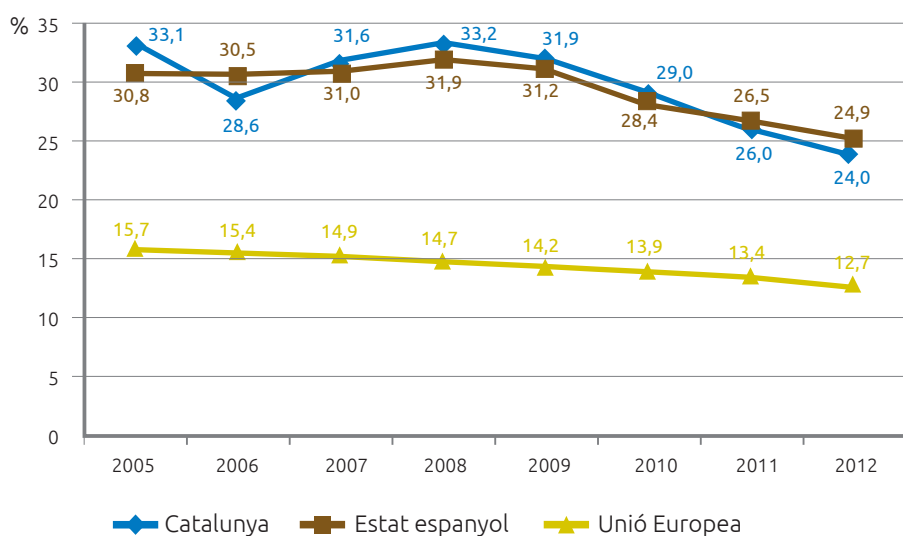
Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), Departament de Salut

amb estudis universitaris, i aquestes diferències han augmentat més entre els homes que entre les dones, durant els anys 2011 i 2012.

Educació: abandonament escolar

És conegut que el nivell d'educació s'associa amb els resultats en salut a llarg termini (Fischer et al., 2013; Tjepkema et al., 2013). L'abandonament escolar a partir dels 16 anys, és a dir, després de l'ensenyament obligatori,

Evolució de la taxa d'abandonament escolar de la població de 16 a 24 anys d'edat, 2005-2012 (percentatge de població que no continua estudiant després de l'educació secundària obligatòria / total de població de 16-24 anys)



Font: Idescat i Eurostat

és un dels indicadors que en anys anteriors a la crisi presentava pitjors resultats tant a Catalunya com a l'Estat espanyol quan es compara amb dades de la Unió Europea. L'abandonament escolar ha mostrat una tendència a disminuir que es fa més sostinguda a partir de 2010, passant del 33% l'any 2005 fins al 24% l'any 2012.

Condicions de vida i nivell de renda

Risc de pobresa i exclusió social

Les relacions entre renda i salut no són lineals, però la pèrdua de poder adquisitiu de les famílies i l'empobriment sobtat, si sobrepassa un límit crític, té un impacte immediat sobre la salut, sobretot en els grups més vulnerables com ara la població infantil. A Catalunya, la proporció de persones que viuen per sota del llindar de risc de pobresa ha passat del 17,2% l'any 2005 al 20,1% l'any 2012.

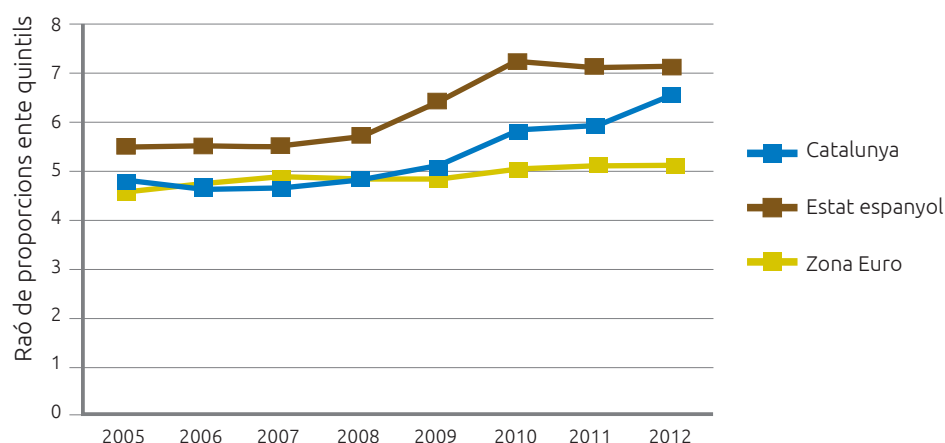
Evolució del llindar de risc de pobresa a Catalunya (en euros) i taxa de risc de pobresa (després de transferències socials), 2005-2011

Llindar de risc de pobresa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Llars d'una persona	7.470	8.276	8.184	8.748	8.992	8.719	8.196	8.082
Llars de dos adults i dos infants	15.687	17.380	17.185	18.371	18.883	18.309	16.834	16.972
Taxa de risc de pobresa (%)								
Homes	16	17,2	16,5	15	16,7	18,5	19,5	19,5
Dones	18,4	20,8	19,8	18,1	20	21,3	21,6	20,6
Total	17,2	19	18,2	16,6	18,4	19,9	20,5	20,1

Font: Idescat. La taxa de risc de pobresa es calcula a partir del nombre i percentatge de persones amb nivell d'ingressos econòmics per sota del 60% de la mediana d'ingressos econòmics disponibles anual equivalent.

A Catalunya, l'any 2005, la renda del 20% de la població més rica era 4,7 vegades la renda del 20% de la població més pobre; l'any 2012 era 6,5 vegades superior.

Evolució de la relació entre la renda del 20% de la població més rica i la renda del 20% de la població més pobre, 2005-2012 (ràtio de proporció entre el quintil superior i inferior de renda)



Font: Idescat i Eurostat



El percentatge de població amb privació material greu (manca almenys de 4 dels 9 ítems considerats bàsics segons l'Enquesta de condicions de vida en l'àmbit europeu, com ara mantenir la llar calenta, assumir despeses inesperades, menjar carn o proteïnes de manera regular, entre d'altres) ha passat del 3% l'any 2006 a l'1,6% l'any 2008, i al 5,8% l'any 2011. Els resultats de l'Enquesta de condicions de vida mostra que les privacions materials són més freqüents i han augmentat més entre les famílies amb menor nivell d'estudis respecte de les universitàries a partir de l'any 2010.

Evolució del percentatge de població amb privació material greu (almenys 4 dels 9 ítems bàsics) i incapacitat per fer front a despeses imprevistes segons la formació de la persona de referència, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Privació greu (%)	3	2,5	1,6	2	3,7	5,8
Incapacitat per fer front a despeses imprevistes (%)						
Nivell d'estudis primari o menys	37,2	38,3	31,1	48,5	41,4	47,6
Nivell d'estudis superior	13,5	13,7	11,7	18,1	15,9	15,7
Total	27,5	28,5	24,4	35,3	30,4	33,2

Font: Enquesta de condicions de vida, Idescat

Recepció d'ajudes socials i d'organitzacions no governamentals

El nombre mitjà de prestacions de la renda mínima d'inserció va augmentar des del l'any 2009 fins a l'any 2011, mentre que l'any 2012 ha disminuït un 20%.

Evolució del nombre mitjà de beneficiaris de la renda mínima d'inserció, import anual i pensió mitjana, 2005-2012

	Nombre mitjà de prestacions	Import anual (en milers d'euros)	Pensió mitjana (en euros)
2005	12.849	62.019	391
2006	13.196	64.109	430
2007	12.643	71.756	471
2008	12.825	76.322	483
2009	18.078	109.463	497
2010	26.359	159.796	507
2011	30.080	170.469	448
2012	24.031	129.979	455

Font: Idescat

La cobertura dels ajuts de menjador escolar sobre l'alumnat en situació de risc de pobresa ha disminuït des del curs escolar 2008-2009 (35%) fins al curs 2012-2013 (24%). En canvi, ha augmentat de manera exponencial el nombre de persones que demanen ajuda a les organitzacions no governamentals. El Banc dels Aliments ha donat cobertura a un nombre progressivament creixent de persones entre 2008 i 2012: 57.381, 79.899, 103.925, 114.816 i 130.298.

Indicadors de cobertura de beques de menjador escolar, 2008/09-2012/13

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Alumnat a EI, E, i ESO (nombre)	934.562	951.408	969.971	990.035	998.354
Ajuts individuals de menjador escolar (nombre)	56.995	75.460	67.377	63.537	63.659
Alumnat en risc de pobresa (nombre)	164.483	222.629	229.883	261.369	263.565
Cobertura teòrica de l'alumnat en risc de pobresa (%)	34,7	33,9	29,3	24,3	24,2

EI: educació infantil; EP: educació primària; ESO: educació secundària obligatòria

Font: Enquesta de condicions de vida, Departament d'Ensenyament. Elaborat a partir de l'Informe del Síndic de Greuges.

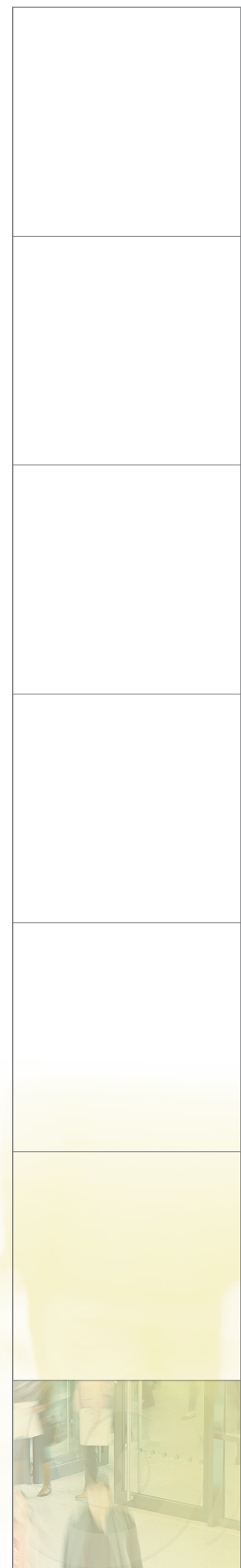
Així mateix, el nombre de persones ateses per Càritas a les diòcesis de Barcelona, Sant Feliu i Terrassa ha augmentat des del començament de la crisi: mentre que l'any 2006 havien estat ateses 25.323 persones i l'any 2007, 27.120; entre els anys 2008 i 2012 n'han estat 45.058 (2008), 56.789 (2010) i 59.853 (2012), respectivament. Les característiques de les persones ateses per necessitats bàsiques són majoritàriament dones, amb un percentatge creixent de població infantil. Les necessitats bàsiques ateses han estat, majoritàriament, habitatge (aproximadament 60%) i alimentació (20%).

En el darrer informe de l'Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja de Catalunya destaca el fet que 4 de cada 10 persones enquestades no havien demanat mai ajuda bàsica a la Creu Roja ni a cap altra institució, dada que mostra com la pobresa ha arribat a nous perfils de famílies que fins ara no havien necessitat cap tipus d'ajut (Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja de Catalunya -7è estudi-, 2014).

Condicions de l'habitatge: habitatge precari i sense llar

Des del començament de la crisi, l'accés a l'habitatge s'ha dificultat molt sobretot per a les famílies més desfavorides, que s'han vist obligades a abandonar la seva llar quan no podien fer front al pagament del lloguer o la hipoteca. Això ha provocat que hi hagi moltes famílies residint en habitatges que no reuneixen les condicions bàsiques, rellogats dins d'una habitació, compartint una casa amb altres famílies, o que han ocupat pisos per no anar-se'n al carrer. D'altra banda, moltes famílies es veuen obligades a canviar constantment d'habitatge, el que provoca inseguretat en els infants. També ha crescut el nombre de famílies que no poden pagar les factures i assumir el cost de subministraments bàsics com aigua i llum.

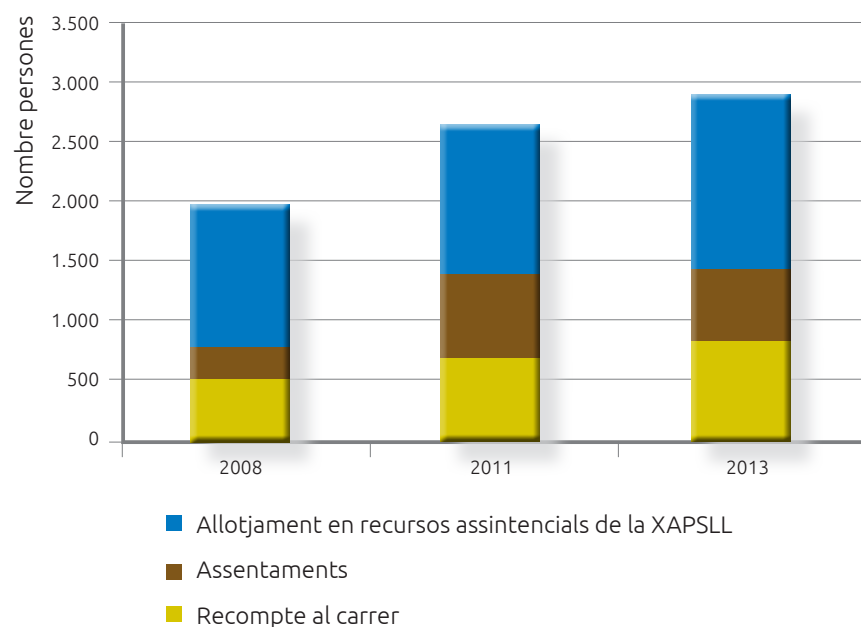
Segons dades recollides per la Plataforma d'Afectats per la Hipoteca (PAH), des de l'any 2007 hi ha hagut 79.043 execucions hipotecàries iniciades pels jutjats. La PAH ha dut a terme una enquesta a persones en risc de desnonament que acudeixen per decisió pròpia a l'entitat. El 70% d'afectats utilitzaven l'habitatge com a residència habitual. Un 70% declaraven estar



en situació d'atur i un 25% no rebien subsidi. Més de la meitat tenien més d'un infant al seu càrrec. En termes de dificultats per cobrir les necessitats bàsiques, el 70% declarava tenir força o moltes dificultats per a despeses de roba i per fer front als subministraments bàsics, més de la meitat declaraven problemes per assumir les despeses escolars (65%), i al voltant del 45% dificultats per a la compra dels aliments. El 62% declarava patir una ansietat constant associada a la situació de dificultat de l'habitatge. El darrer estudi de l'Observatori de Vulnerabilitat també corrobora que les despeses en habitatge s'emporten gran part (més del 70%) dels baixos ingressos de les famílies usuàries dels programes de lluita contra la pobresa i l'exclusió social de la Creu Roja i no permeten fer front a la resta de necessitats. L'escassetat de recursos es tradueix en dificultats per alimentar i vestir els infants, incapacitat per invertir en la seva educació i temps d'oci, o bé problemes per mantenir l'habitatge a una temperatura adequada (Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja de Catalunya -7è estudi-, 2014).

En els darrers anys, ha augmentat el nombre de persones adultes i joves que dormen al carrer. L'exclusió de l'habitatge s'identifica com una de les formes més extremes de la pobresa a les ciutats. Tot i les dificultats metodològiques que comporta la quantificació de les persones sense llar, l'estimació realitzada pels diferents sistemes de seguiment aporten informació per conèixer la magnitud i l'evolució d'aquest fenomen.

Evolució del nombre de persones sense llar. Barcelona, 2008-2013



Font: Serveis d'inserció social, Ajuntament de Barcelona
XAPSLL: Xarxa d'atenció a persones sense llar

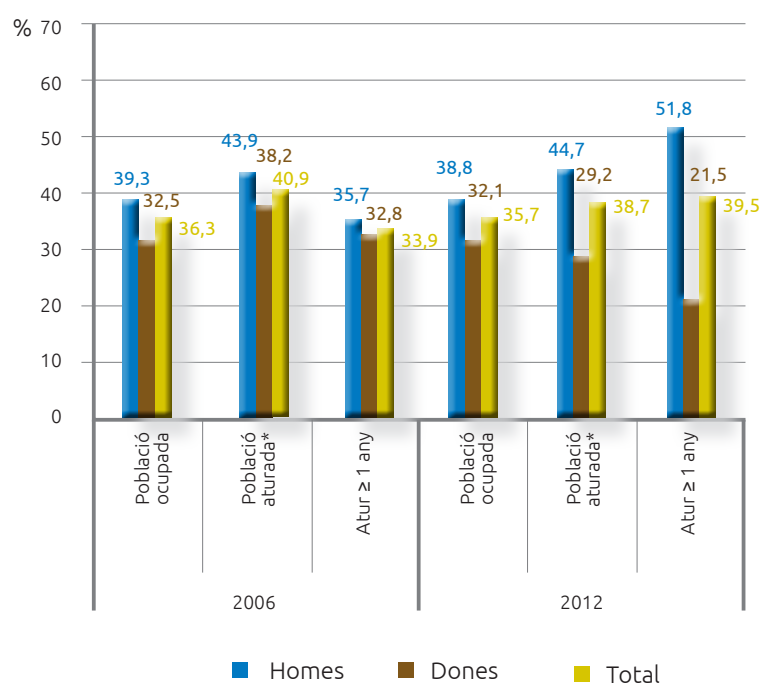
Al març de 2013, les dades obtingudes pels serveis d'inserció social mostren que a la ciutat de Barcelona hi havia gairebé 3.000 persones sense

llar. D'aquestes, un 30% dormien al carrer, un 20% vivia en assentaments i el 50% restant s'allotjava en recursos assistencials de la Xarxa d'atenció a les persones sense llar (XAPSLL). El nombre de persones sense llar ha augmentat un 31,2% entre els anys 2008 i 2013. Les persones que dormen al carrer han augmentat un 35,4%, un 55,5% les que viuen en assentaments i un 18,9% les que utilitzen els recursos de la XAPSLL. Segons les darreres dades de referència (2013), el 90% de les persones que dormien al carrer eren homes i més del 85% tenien edats entre 30 i 64 anys. Un 43% eren de nacionalitat espanyola i un 15% estrangers en situació irregular.

Hàbits i estils de vida

En situacions de crisi econòmica alguns factors afavoreixen l'empitjorament dels hàbits i estils de vida, com ara l'estrès associat a la situació d'atur i a la manca de recursos econòmics, mentre que d'altres factors poden tenir una influència positiva i afavorir una millora dels hàbits i estils de vida.

Prevalença de consum de tabac segons el sexe i la situació laboral, 2006/2012



*Nota: la població aturada inclou la població amb 1 any o més d'atur.

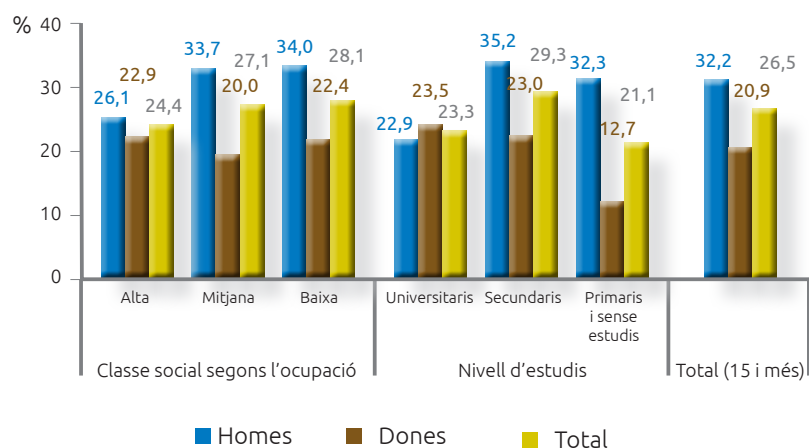
Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

La prevalença de consum de tabac mostra un increment entre els anys 2006 i 2012 entre els homes aturats de més d'un any. En les dones, la prevalença de consum de tabac és inferior a la dels homes, i ha presentat una tendència a disminuir entre 2006 i 2012, en totes les situacions laborals

Els resultats de l'ESCA 2013 han mostrat una prevalença de consum de tabac de 26,5%, sense diferències segons la classe social. Les dones amb nivell d'estudis primaris han declarat menys consum de tabac.



Prevalença de població de 15 anys i més fumadora, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2013

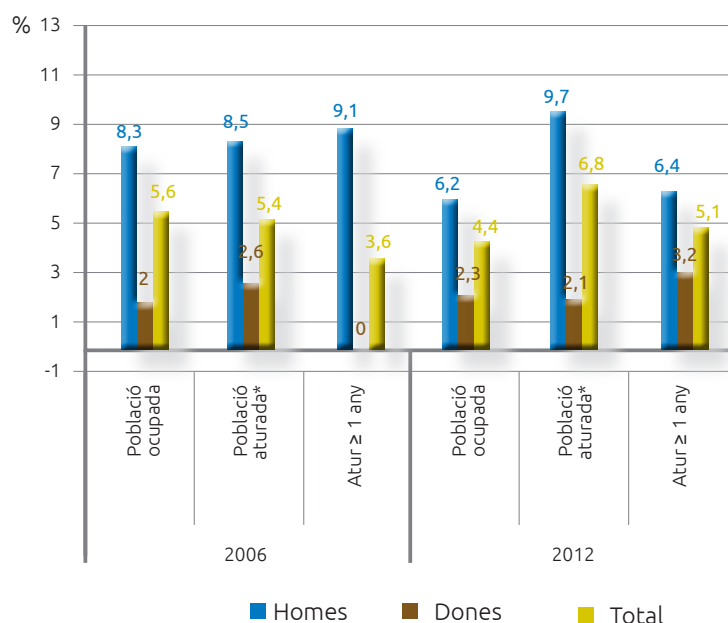


Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

El consum de risc d'alcohol, és a dir aquell que supera els 40 g d'alcohol/dia en homes i 24 g en dones, no ha presentat canvis significatius entre el 2006 i 2012. L'increment més destacat es produeix entre la població total aturada d'un any o més. La prevalença de consum de risc d'alcohol entre les dones és inferior a la dels homes en els dos anys.

Pel que fa a l'any 2013, el 3,9% de la població ha declarat consum de risc d'alcohol. No s'han trobat diferències segons la classe social o el nivell d'estudis.

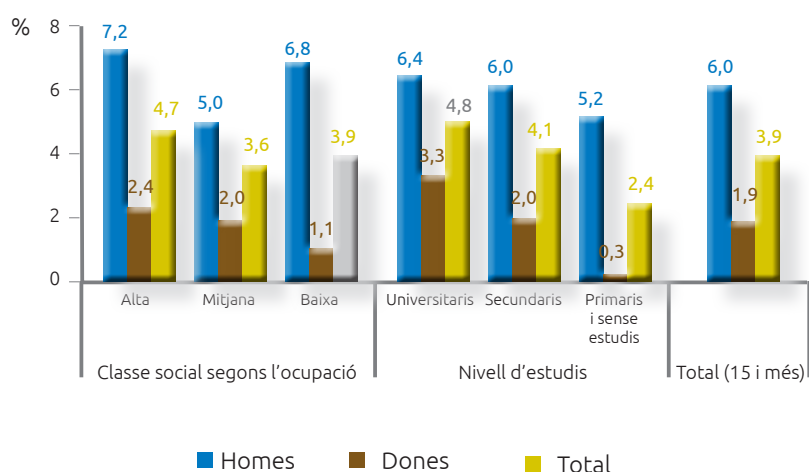
Prevalença de consum de risc d'alcohol segons el sexe i la situació laboral, 2006/2012



*Nota: la població aturada inclou la població amb 1 any o més d'atur.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

Consum de risc d'alcohol en la població de 15 anys i més, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2013



Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

Segons el sistema d'informació sobre drogodependències de la Secretaria de Salut Pública de Catalunya, no s'han trobat canvis importants de tendències, que es puguin relacionar amb la crisi, en la declaració del consum de drogues tant entre la població de 15-64 anys com entre els estudiants d'educació secundària o la població de 15-29 anys entre els anys 2005 i 2011-2012. Quant a l'inici de tractaments als centres ambulatoris de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències, entre els anys 2009 i 2012 ha augmentat el nombre de tractaments iniciats per cànnabis.

Evolució de la prevalença de consum de drogues entre la població de 15-29 anys i 15-64 anys (%). Catalunya 1997-2011

Alguna vegada en els darrers dotze mesos

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
15-29 anys								
Tabac	57,2	50,6	56,3	60,0	52,8	51,8	48,8	40,7
Alcohol	79,5	76,9	77,7	81,1	83,7	81,1	81,6	75,4
Cànnabis	19,9	16,3	26,1	35,4	36,1	32,8	29,2	24,1
15-64 anys								
Tabac	44,2	44,2	45,0	49,2	44,4	42,5	41,5	38,0
Alcohol	77,2	73,7	75,4	77,2	81,3	75,3	82,2	74,2
Cànnabis	8,3	7,6	11,7	14,7	17,1	14,1	12,4	11,3

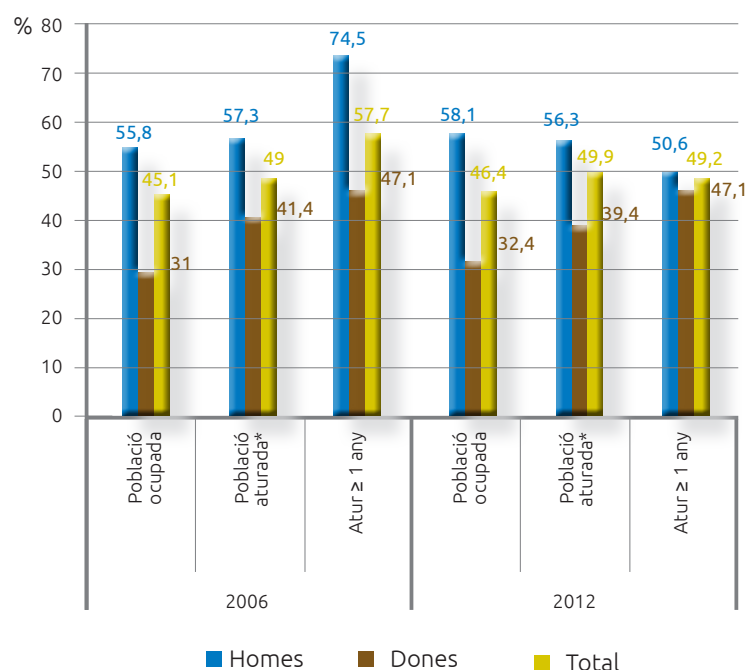
Font: Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Anàlisi per a Catalunya de l'Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 1997-2011. Observatorio Español sobre Drogas (DGPNSD).

La comparació de les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2006 amb les de 2012 mostra que entre aquests anys no hi ha hagut canvis importants pel que fa a l'excés de pes (sobrepès i obesitat) segons la situació laboral. El 55% dels homes i el 31% de les dones de la població ocupada presentaven



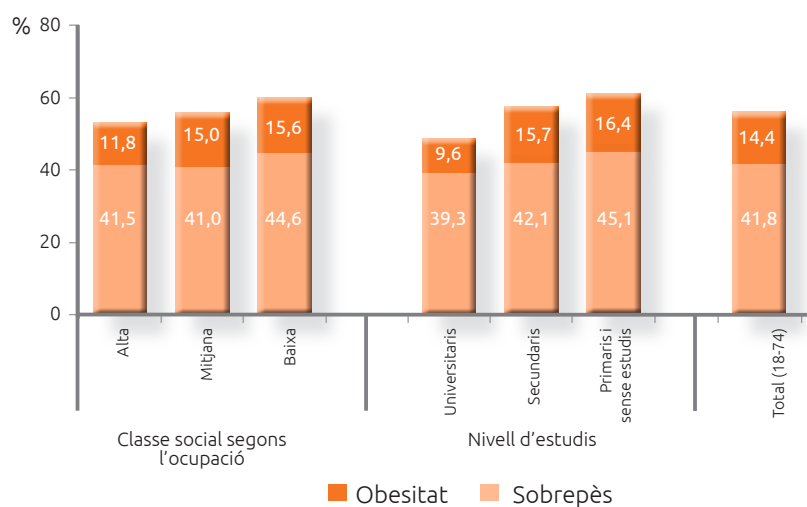
obesitat o sobrepès l'any 2006, i a més, la població a l'atur presentava una proporció més elevada d'excés de pes. L'any 2012 s'han mantingut les diferències d'excés de pes entre homes i dones, però en canvi no s'han trobat diferències en relació amb la situació laboral.

Prevalença de sobrepès i obesitat segons el sexe i la situació laboral, 2006/2012



*Nota: la població aturada inclou la població amb 1 any o més d'atur.
Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC) per a l'excés de pes en homes de 18 a 74 anys, per classe social i per nivell d'estudis, 2013

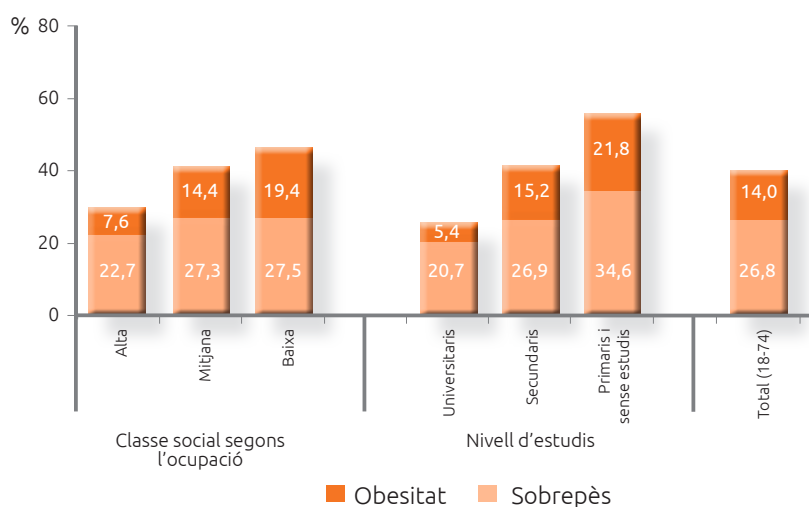


Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut
* IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats.

Segons les dades de l'ESCA publicades recentment, l'any 2013 el 48,5% del total de la població presentava excés de pes. Els homes universitaris presentaven la prevalença d'obesitat i sobrepès més baixa comparada amb la resta de nivells d'estudis.

Les dones de classe social alta han presentat una prevalença més baixa d'excés de pes en relació amb les altres classes socials, així com les universitàries respecte dels altres nivells d'estudi.

Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC) per a l'excés de pes en dones de 18 a 74 anys, per classe social i per nivell d'estudis, 2013



Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut
 * IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats.

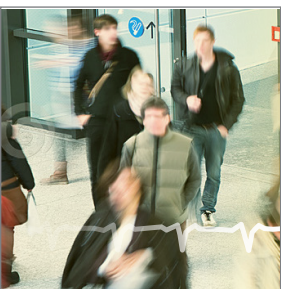


OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Indicadors d'accessibilitat i utilització de serveis sanitaris





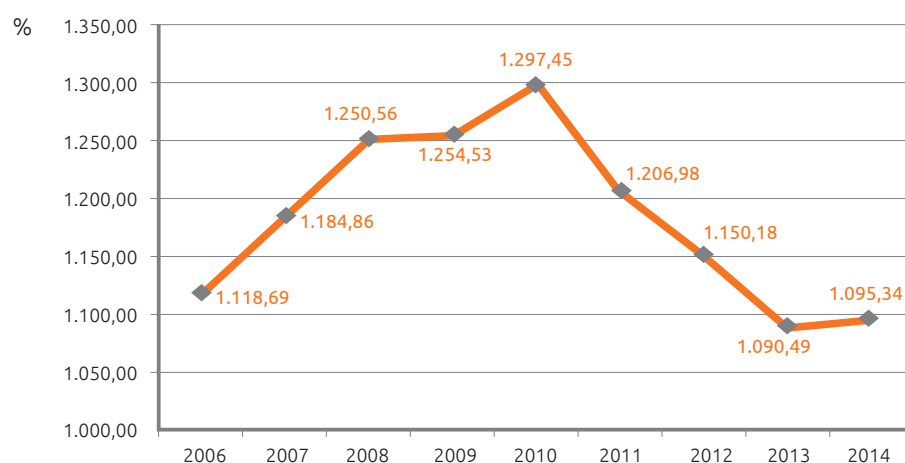
Indicadors d'accessibilitat i utilització de serveis sanitaris

Pressupost de salut

Prenent com a base l'any 2006, l'evolució dels pressupostos d'atenció sanitària del CatSalut per càpita va presentar una tendència a augmentar fins a l'any 2010, quan es varen implantar les restriccions pressupostàries derivades de les mesures de contenció de la despesa com a resposta a la crisi econòmica. A partir d'aquesta data, els pressupostos per càpita han disminuït fins a l'any 2013. L'any 2010 els ajustos pressupostaris es van concentrar en les retribucions dels professionals, en els preus dels fàrmacs i en l'endarreriment dels pagaments de centres concertats, farmàcia i proveïdors de béns i serveis. L'any 2011 es van afegir mesures com la revisió del Pla d'inversions i la reducció de la tarifa que el Servei Català de la Salut paga als centres sanitaris i de l'activitat contractada. Les reduccions de les tarifes es van traduir en una reducció dels sous del personal dels centres.

Aquestes mesures per mantenir la viabilitat del sistema sanitari a curt termini, han anat acompanyades del desplegament de transformacions del model assistencial per garantir la sostenibilitat del sistema a partir de les estratègies definides en el Pla de salut de Catalunya (2011-2015).

Evolució del pressupost d'atenció sanitària per càpita del Servei Català de la Salut-CatSalut, 2006-2014



Nota: dades en euros corrents

Font: Pressupostos de l'atenció sanitària del CatSalut, avantprojecte de pressupost del Departament de Salut per a l'any 2014

Pressupost de Salut Pública

El pressupost de l'any 2014 en Salut Pública és de 123,8 milions d'euros, dels quals les partides pressupostàries més importants estan destinades a Prevenció i control alimentari i ambiental (46,5 M€), Mantenir les cobertures vacunals (30,4 M€), Coordinar la prestació dels serveis de salut pública en l'àmbit municipal (17,2 M€), el Nou model de Salut Laboral (12,6 M€) i la Promoció de la salut i prevenció de la malaltia (10,3 M€). Entre 2011 i 2014 s'han mantingut els programes de Salut Pública malgrat haver-hi una disminució de fons finalistes de l'Estat del 62%.

Cobertura sanitària

El sistema sanitari català, de la mateixa forma que els altres sistemes sanitaris, dona cobertura a una població determinada, amb una cartera de serveis específica -la cartera mínima comú és determinada per l'Estat- i, alhora, estableix uns criteris d'accessibilitat als serveis sanitaris.

L'aprovació del Reial decret 16/2012, de 20 d'abril, "*de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*", comporta el desplegament d'una sèrie de mesures que estan transformant el sistema sanitari. Els canvis en la cobertura del sistema sanitari és un dels més importants i ha suposat el retorn a un model de "seguretat social". Com a conseqüència, una part de la població ha quedat exclosa de la cobertura sanitària pública. L'aplicació d'aquesta mesura ha estat variable a cada comunitat autònoma. A les comunitats autònomes d'Astúries, País Basc i Andalusia s'ha continuat amb els criteris d'accés al sistema sanitari anteriors al mencionat decret. A Catalunya, a banda de presentar un recurs d'inconstitucionalitat contra aquest articulat, s'ha decidit no aplicar part d'aquesta normativa. És per aquest motiu que quan va entrar en vigor el Reial decret 1192/2012, el qual estableix la condició d'assegurat o beneficiari del Sistema Nacional de Salut, el CatSalut va aprovar la Instrucció 10/2012, de 30 d'agost, d'accés a l'assistència de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya durant més de tres mesos que no tenen la condició d'assegurat o beneficiari del Sistema Nacional de Salut. Pràcticament la majoria dels usuaris dels programes de Lluita contra la pobresa i l'exclusió social de la Creu Roja a Catalunya enquestats pel darrer informe de l'Observatori de Vulnerabilitat, tenien targeta sanitària.

Accessibilitat

En aquest apartat s'analitza breument com ha evolucionat l'accessibilitat i/o la utilització de serveis en grans blocs de prestacions sanitàries: l'atenció a urgències i emergències, els processos prioritaris (greus), les intervencions quirúrgiques programades electives, les activitats preventives i la prestació farmacèutica.

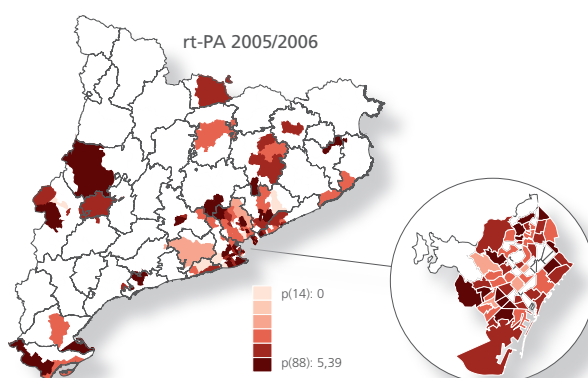
Atès que l'objectiu d'aquest informe no és realitzar una anàlisi exhaustiva de l'activitat sanitària prestada en cadascun dels esmentats blocs, aquesta informació completa es pot trobar al document "Balanç d'atenció mèdica i sanitària públiques a Catalunya 2013" http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2014/03/20/20/52/176c8731-68c3-493f-8248-4ab0ad3feac5.pdf



Urgències i emergències

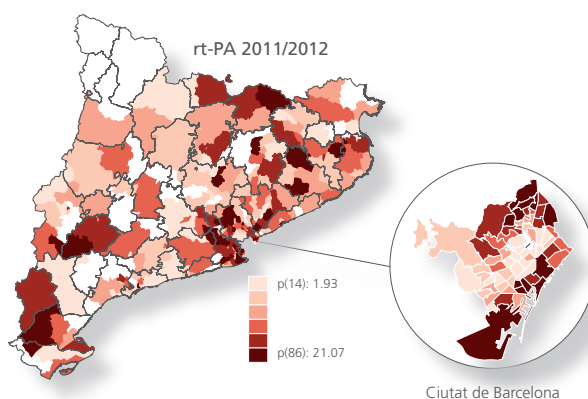
Els programes de tractaments urgents i emergents implementats els darrers anys han continuat el seu desplegament i millorat la seva cobertura. L'atenció a les emergències a través de l'activació de codis específics (Codi Ictus, Codi Infart i Codi Politrauma) ha permès continuar millorant el tractament de les persones afectades per aquestes patologies. A tall d'exemple, en relació amb el tractament trombolític en els ictus isquèmics, s'observa que el 2005, el 19,7% de les àrees de salut tenia almenys 1 alta tractada amb rt-PA, mentre que el 2011/2012 aquesta proporció d'àrees era del 90%. Així a l'any 2005 només el 13% de les àrees amb almenys 1 alta amb rt-PA tenien taxes de rtPA >10 pacients per 100.000 habitants i el 2011/2012 la proporció d'aquestes àrees va augmentar fins al 57%.

Taxes estandarditzades per hospitalitzacions amb tractament trombolític amb rt-PA en homes i dones, 2005 (per 100.000 homes i dones majors de 20 anys per àrea bàsica de salut)



Font: Atles de variacions en la trombòlisi intravenosa en l'ictus isquèmic, 2005.
<http://aquas.gencat.cat>

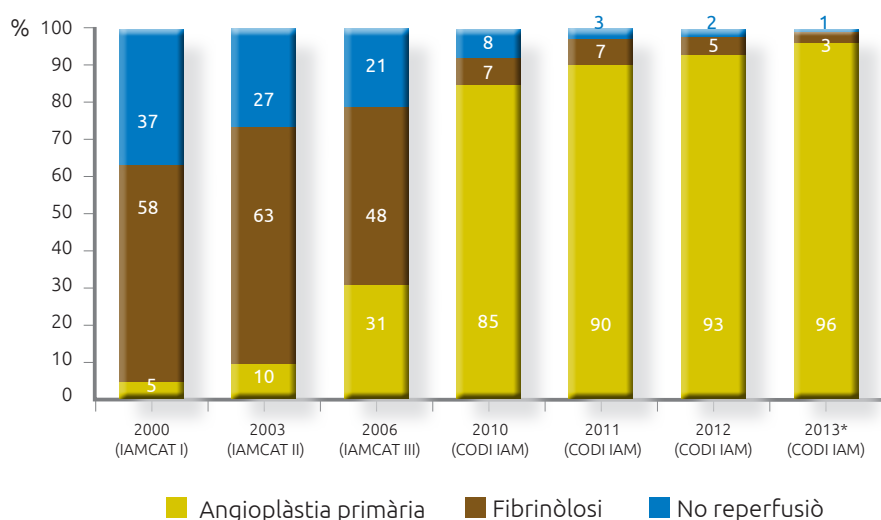
Taxes estandarditzades per hospitalitzacions amb tractament trombolític amb rt-PA en homes i dones, 2011/2012 (per 100.000 homes i dones majors de 20 anys per àrea bàsica de salut)



Font: Atles de variacions en la trombòlisi intravenosa en l'ictus isquèmic, 2011/2012. <http://aquas.gencat.cat>

Pel que fa al Codi Infart, ens els darrers anys se n'ha continuat ampliant la cobertura (hospitals Joan XXIII de Tarragona, Josep Trueta de Girona i Arnau de Vilanova de Lleida). En relació amb la reperfusió en els pacients amb infart agut de miocardi amb elevació de l'ST (IAMEST), s'observa que a l'any 2006 el 31% van ser tractats amb angioplàstia primària, el 48% amb fibrinòlisi i al 21% no se'ls va realitzar reperfusió. Al llarg dels anys el percentatge d'angioplàsties primàries ha anat augmentant, fins arribar a representar el 96% l'any 2013.

Tipus de reperfusió en els pacients amb IAMEST. Catalunya, 2000-2013



Fonts: J Figueras et al. Resultados del III registro IAM CAT de pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST en Cataluña. Comparación con los registros IAM CAT I y II. Med Clin (Barc) 2009;133:694-701. Registre del Codi IAM. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

* Dades provisionals. El tancament de l'any 2013 es farà el 30 de juny de 2014.

Processos prioritaris (greus)

Pel que fa als processos prioritaris, entre els anys 2008 i 2013 i fins al juny de 2014 la cirurgia oncològica ha presentat un augment d'activitat quirúrgica en algunes patologies i una disminució d'activitat en d'altres per procediments urgents. Les diferències del temps mitjà d'espera per aquesta cirurgia entre els anys esmentats també ha estat variable. Aquestes dades es podrien relacionar en part amb l'epidemiologia (incidència i prevalença) dels diferents càncers. A Catalunya, pel que fa als principals càncers relacionats amb el tabac s'observa una disminució de la incidència en els homes i en paral·lel un augment en les dones (fruit de la incorporació tardana de la dona al consum de tabac). Altrament entre les dones s'observa una estabilització del càncer de mama i, fins i tot, se'n preveu la disminució futura. En canvi entre els homes s'observa un augment del càncer pròstata.

Quant a la cirurgia cardíaca, entre els anys 2008 i 2013 i fins al juny de 2014 ha presentat una tendència a un augment del temps d'espera per a procediments urgents. En aquest sentit, cal fer esment que el nou Pla director de cirurgia cardíaca, a través del Servei Català de la Salut (CatSalut), augmentarà en un 20% les intervencions quirúrgiques fins al final de l'any 2014 per reduir-ne el temps d'espera –un total de 623 intervencions més respecte al 2013–.



Activitat quirúrgica oncològica. Procediments prioritaris. Diferències entre 2008 i 2013

Agrupadors	Desembre 2008		Desembre 2013		Variació d'activitat entre 2013 i 2008 (%)	Variació temps mitjà d'espera entre 2013 i 2008 (dies)	Activitat juny 2014	Temps d'espera, pacients intervinguts. juny 2014 (dies)
	Activitat	Temps mitjà d'espera, pacients intervinguts (dies)	Activitat	Temps mitjà d'espera, pacients intervinguts (dies)				
Neoplàsia maligna de cap i coll	997	24	1.216	29	22,0	4,4	576	26
Neoplàsia maligna d'esòfag	78	34	72	36	-7,7	1,6	47	30
Neoplàsia maligna d'estómac	345	21	342	22	-0,9	1,4	168	22
Neoplàsia maligna còlon	1.642	19	1.462	23	-11,0	3,3	719	23
Neoplàsia maligna recte i anus	833	29	970	34	16,4	4,8	464	34
Neoplàsia maligna fetge i vies biliars	355	42	443	39	24,8	-3,1	236	38
Neoplàsia maligna pàncrees	109	24	178	25	63,3	0,3	111	36
Neoplàsia maligna d'òrgans digestius altres	66	45	42	28	-36,4	-17,6	27	40
Neoplàsia maligna tràquea, bronquis i pulmó	740	23	707	30	-4,5	7,3	374	31
Neoplàsia maligna d'òrgans toràcics	11	27	19	22	72,7	-4,7	16	28
Neoplàsia maligna mama	3.086	20	3.392	23	9,9	3,1	1751	21
Neoplàsia maligna pell	3.532	36	5.404	41	53,0	5,1	2828	43
Neoplàsia maligna os	58	38	29	33	-50,0	-5,3	20	43
Neoplàsia maligna teixit connectiu	60	30	62	35	3,3	5,4	34	25
Neoplàsia maligna ronyó i vies urinàries	681	51	794	49	16,6	-2,2	444	44
Neoplàsia maligna bufeta	3.883	48	4.989	42	28,5	-6,0	2654	39
Neoplàsia maligna pròstata	1.029	67	1.067	66	3,7	-1,2	622	61
Neoplàsia maligna matriu, ovaris i annexos	685	27	760	25	10,9	-1,7	420	25
Neoplàsia maligna òrgans genitals altres	279	25	315	25	12,9	0,6	173	26
Neoplàsia maligna del sistema nerviós central	118	34	91	22	-22,9	-12,0	44	20
Neoplàsies malignes hematològiques i del sistema limfàtic	160	22	249	21	55,6	-1,3	159	21
Neoplàsia maligna altres	282	39	302	37	7,1	-2,7	177	42

Font: CatSalut

Activitat quirúrgica cardíaca. Procediments urgents. Diferències entre 2008 i 2013

	Activitat 2008	Temps mitjà d'espera, pacients intervinguts 2008 (mesos)	Activitat 2013	Temps mitjà d'espera, pacients intervinguts 2013 (mesos)	Variació d'activitat entre 2013 i 2008 (%)	Variació del temps mitjà d'espera entre 2013 i 2008 (mesos)	Activitat juny 2014	Temps d'espera pacients intervinguts, juny 2014
Cirurgia coronària	847	1,42	913	2,94	7,8	1,5	657	2,63
Cirurgia valvular	1.621	2,11	2.204	4,78	36	2,7	1.161	4,55

Font: CatSalut; activitat: CMBD-HA

Intervencions quirúrgiques programades

L'activitat quirúrgica programada ha disminuït entre els anys 2008 i 2011 i ha augmentat lleugerament els anys 2012 i 2013, i fins al juny de 2014. Aquest patró de l'evolució de l'activitat es reproduïx en la majoria de les intervencions quirúrgiques electives en què la intervenció pot esperar. Les operacions quirúrgiques programades (no urgents o sense risc vital) són les que tenen un temps màxim d'espera garantit, és a dir, que el sistema sanitari públic hauria de proveir la intervenció abans d'aquest temps d'espera màxim que actualment està fixat en sis mesos. Dels catorze procediments garantits, les intervencions que més han baixat són les de varices, hèrnies, pròtesis de genoll, galindons i quists pilonidals.

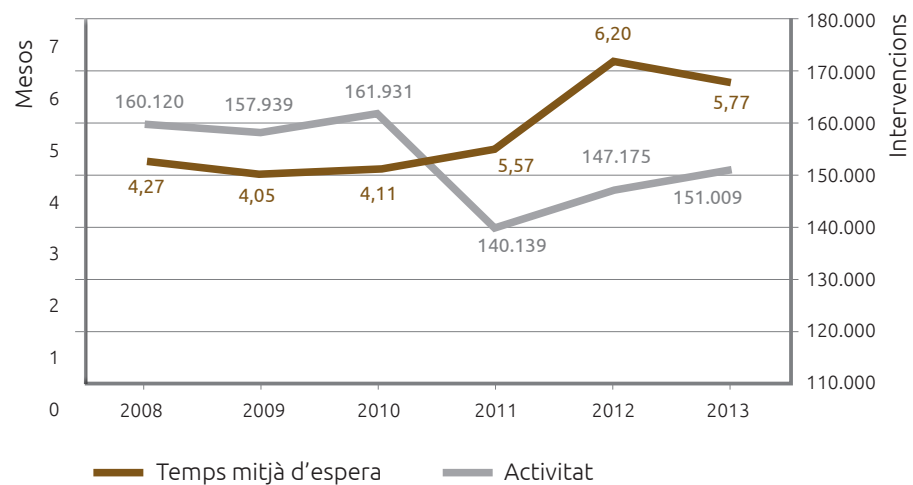
Activitat quirúrgica. Procediments garantits. Diferències 2008-2013

	Temps mitjà d'espera, pacients intervinguts 2008 (mesos)	Activitat 2008	Temps mitjà d'espera, pacients intervinguts 2013 (mesos)	Activitat 2013	Variació activitat entre 2013 i 2008 (%)	Variació temps mitjà d'espera entre 2013 i 2008 (mesos)	Temps mitjà d'espera, pacients intervinguts (juny 2014)	Activitat juny 2014
Cataractes	3,18	54.142	5,83	51.927	-4,1%	2,65	5,6	28.569
Varices	3,07	11.060	5,33	9.303	-15,9%	2,26	5,2	4.987
Hèrnies	2,99	15.066	4,71	13.544	-10,1%	1,72	4,9	7.121
Colecistectomies	2,96	10.022	4,68	10.610	5,9%	1,72	4,88	5.601
Artroscòpies	3,58	11.005	5,79	10.700	-2,8%	2,21	5,28	5.599
Prostatectomies	2,87	4.695	4,52	4.784	1,9%	1,65	4,37	2.609
Canals carpians	2,51	7.036	4,60	6.725	-4,4%	2,09	4,53	3.796
Amigdalectomies	4,11	6.083	6,28	5.786	-4,9%	2,17	5,71	3.199
Circumcisions	3,73	6.492	5,31	6.226	-4,1%	1,58	5,02	3.029
Pròtesis de maluc	4,19	7.188	6,99	7.237	0,7%	2,80	6,88	3.947
Pròtesis de genoll	4,12	9.584	9,55	8.340	-13,0%	5,43	9,38	4.944
Histerectomies	2,88	4.472	3,61	4.378	-2,1%	0,73	3,62	2.333
Galindons	4,11	9.920	7,09	8.640	-12,9%	2,98	7,12	4.441
Quists o sins pilonidals	2,57	3.355	4,44	2.809	-16,3%	1,87	4,19	1.582
TOTAL	4,27	160.120	5,77	151.009	-5,7%	1,5	5,64	81.657

Font: CatSalut



Activitat quirúrgica programada i temps mitjà d'espera per als catorze procediments garantits, 2008-2013



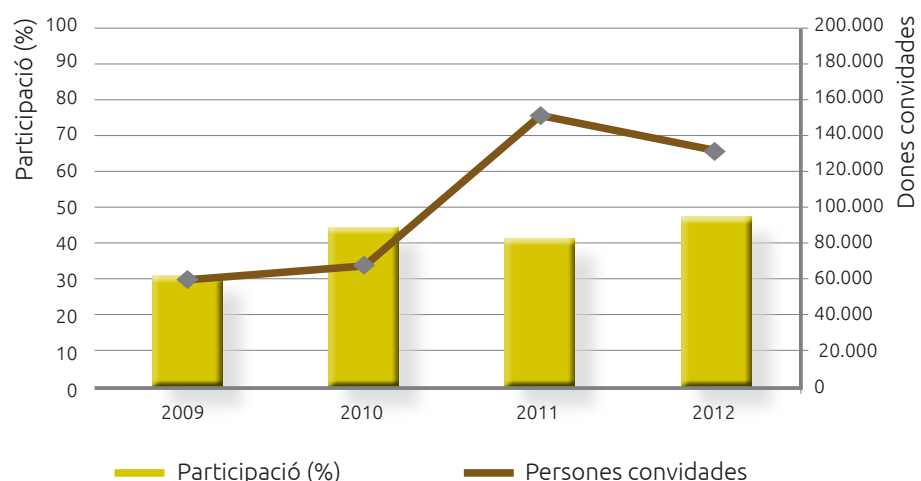
Font: CatSalut

El canvi de tendència en el volum d'intervencions esmentat ha tingut un impacte negatiu en les llistes d'espera. En els darrers anys, el temps d'espera de les persones que han estat intervingudes ha augmentat considerablement. El temps d'espera per als catorze procediments amb temps d'espera garantits ha passat de 4,3 a 5,8 mesos entre 2008 i 2013, i ha estat lleugerament inferior, de 5,6 mesos al juny de 2014. Aquest comportament s'observa també en el temps d'espera per a cada procediment.

Activitats preventives

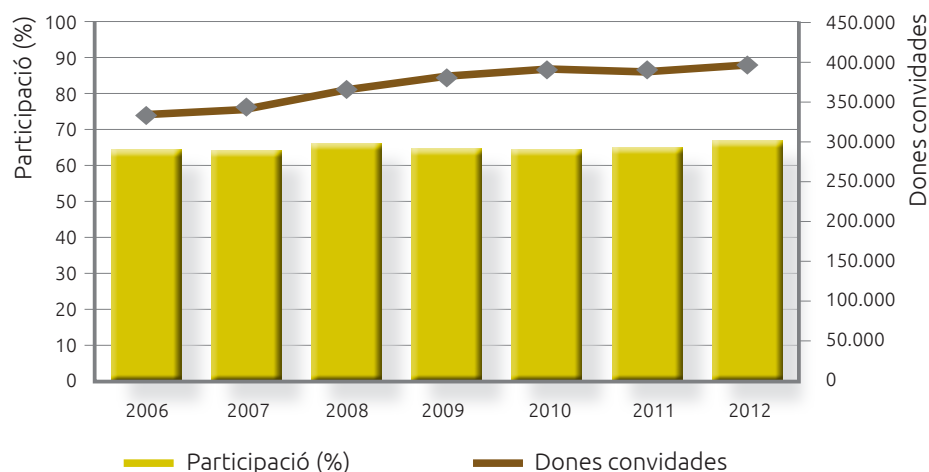
Les activitats preventives són algunes de les activitats que en moments de restricció pressupostària poden ser més vulnerables, ja que els efectes de

Participació global del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte. Homes i dones 50-69 anys (cribratge inicial i successiu)



Font: Pla director d'oncologia. Departament de Salut

Participació global del Programa de detecció precoç de càncer de mama. Dones 50-69 anys (cribratge inicial i successiu)



Font: Pla director d'oncologia. Departament de Salut

la seva no realització no es veuen a curt termini, sinó que s'ha d'esperar a mitjà i a llarg termini per veure'ls. En el cas de Catalunya, tanmateix, aquests serveis s'han mantingut. Així, els programes preventius de detecció precoç de càncer de mama i de còlon i recte (aquest darrer, però, sense acabar-se de desplegar a tota la població i amb una cobertura actual del 20%) així com el cribratge neonatal (que s'ha ampliat amb la detecció precoç de vint-i-dues malalties), han permès continuar la detecció en etapes precoces de la malaltia.

D'altra banda, durant el 2013 es va ampliar el Programa de detecció precoç neonatal, amb la detecció precoç de vint-i-dues malalties (incorporant-n'hi dinou noves) entre els nadons. L'any 2013 la incidència de les dinou noves malalties incloses en els primers 60.756 nadons és de 9 casos definitius i 13 de probables (dades provisionals).

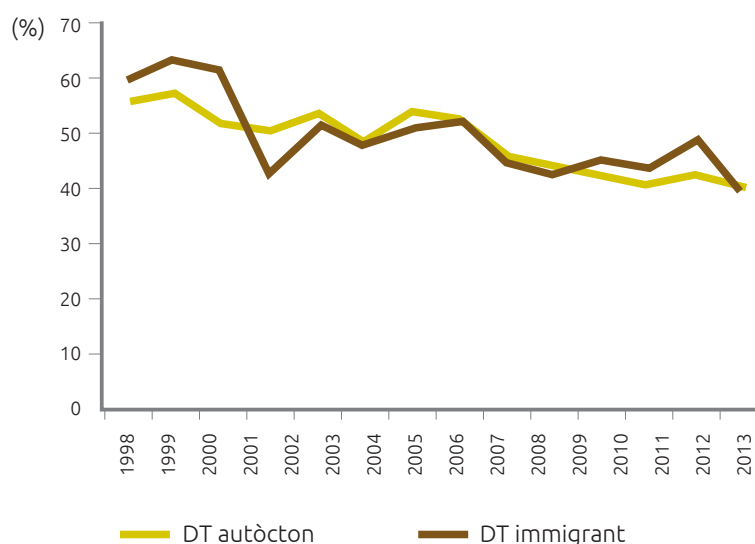
Retard diagnòstic de la infecció pel VIH/sida i les infeccions de transmissió sexual

La incidència del VIH ha presentat una tendència creixent entre els anys 2003 i 2011, produint-se aproximadament 700 noves infeccions de VIH anuals, amb una incidència que ha variat de 0,09 nous casos per cada 1.000 persones l'any 2003 a 0,14 nous casos per 1.000 persones l'any 2011. Segons els resultats de la cohort PISCIS (SIVES; 2012), s'observa una disminució en la proporció de diagnòstic tardà de la infecció pel VIH, passant del 56,8% el 1998 al 44,9% el 2010 i 39,9% el 2011. Aquest descens és variable segons la via de transmissió. La proporció de diagnòstic tardà és similar en els homes i les dones (40% i 38%, respectivament) i augmenta amb l'edat, essent del 29% en menors de 25 anys, del 36% entre els 25 i 34 anys, del 40% entre els 35 i 44 anys, del 45% entre els 45 i 54 anys, i del 56% en els majors de 54 anys. Comparant nadius i immigrants, s'observa una disminució progressiva del diagnòstic tardà de la infecció pel VIH/sida des de l'any 1998 tant en



nadius com immigrants. Malgrat tot, la proporció de diagnòstic tardà s'ha mantingut relativament elevada els darrers anys.

Percentatge de diagnòstic tardà (DT) de la infecció pel VIH/sida segons origen, 1998-2011



Font: Cohort PISCIS, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT)

L'evolució de la declaració obligatòria de les infeccions de transmissió sexual mostra un creixement exponencial que es va iniciar abans de la crisi, malgrat la subnotificació existent, especialment en homes homosexuals i en joves. També s'ha detectat l'increment d'infeccions per clamídia, que en breu passarà a ser una malaltia de declaració obligatòria, el que ens permetrà disposar de dades poblacionals.

Evolució de les infeccions de transmissió sexual de declaració obligatòria, 2007-2013 (taxes per 100.000 habitants)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Infecció gonocòccica							
Dones	9,7	8,9	10,1	13,1	12,3	20,7	22,5
Homes	1,0	1,0	1,7	1,9	2,6	3,2	3,1
Total	5,3	4,9	5,8	7,4	7,4	11,8	12,7
Limfogranuloma veneri							
Homes	0,2	1,0	0,4	0,8	2,5	2,1	1,6
Sífilis infecciosa							
Dones	5,3	8,1	9,2	11,5	12,9	18,1	19,2
Homes	1,3	1,8	1,4	1,5	1,8	3,7	3,2
Total	3,2	4,9	5,2	6,4	7,3	10,8	11,1

Font: Registre d'infeccions de transmissió sexual de Catalunya, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT)

Tuberculosi

L'any 2012 s'han registrat 1.228 casos de tuberculosi en residents a Catalunya, que representen una taxa d'incidència de 16,2 casos per 10⁵ habitants. La incidència de tuberculosi a Catalunya és superior a la mitjana europea. Des de l'any 2008 s'ha observat una davallada regular del 7,6% anual, mentre que per al total del període 2000 i 2011 ha estat del 4,2% (Rodés Monegal et al., 2014).

Farmàcia

Durant l'any 2012 es produeixen un conjunt de canvis en el nivell d'aportació dels usuaris en relació amb la prestació farmacèutica. L'aprovació de l'RDL 16/2012 incrementa el percentatge d'aportació dels usuaris que s'estableix en 40%, 50% o 60% en funció del nivell de renda, i les persones pensionistes perden la gratuïtat de la prestació passant a pagar el 10% del preu dels medicaments, però en aquest cas s'estableixen uns topalls màxims mensuals de 8 €, 18 € o 60 €, respectivament. També s'identifiquen certs col·lectius de la població que queden exempts de l'aportació. Junta-ment amb aquests canvis, en aplicació de l'RDL 16/2012, una llista de 417 medicaments per a símptomes menors queda fora de la cobertura pública.

A Catalunya el nombre de receptes dispensades s'ha reduït en un 13,3% als tres mesos (aplicació de l'euro per recepta), en un 22,6% als sis mesos, i en un 24,8% als deu mesos (copagament estatal i desfinançament), xifra més elevada que la de qualsevol altra comunitat autònoma (Puig-Junoy, 2013).

Pel que fa a la medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (MHDA), el Reial decret introdueix d'una forma ambigua l'aportació dels usuaris, però Catalunya ja ha expressat la seva oposició a implantar aquesta mesura. Entre aquests medicaments que es veurien afectats per aquesta regulació es troben els antiretrovirals actius contra el VIH, els citostàtics (tractament del càncer) i immunosupressors selectius (artritis reumatoide). De fet, a Catalunya, entre 2009 i 2013 la dispensació de l'MHDA ha augmentat aproximadament un 20%. Per acabar, a banda de les mesures determinades a nivell estatal, a nivell autonòmic es va introduir una taxa d'1 euro per recepta amb un topall anual i excloent-ne a les persones amb rendes molt baixes, que posteriorment va ser suspès pel Tribunal Constitucional.

Consum de psicofàrmacs

Per quantificar l'ús de medicaments s'utilitza la dosi diària definida (DDD), unitat diferent per a cada fàrmac, i és la dosi mitjana suposada d'un fàrmac quan s'utilitza en la seva indicació principal. El nombre de DDD consumides es pot expressar per 100 habitants i per dia (DHD). Aquest paràmetre proporciona una idea aproximada del volum de població tractada diàriament amb una dosi habitual d'un fàrmac determinat.

Pel que fa a la dispensació d'ansiolítics i hipnòtics, no s'observen canvis rellevants entre els anys 2006 i 2013.



**Consum d'ansiolítics i hipnòtics (en dosi/habitant/dia, DHD per 100 habitants)
per grups d'edat, 2006-2013**

Edat	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Menors de 20 anys	0,16	0,17	0,19	0,13	0,18	0,20	0,20	0,19
20-44 anys	2,36	2,57	2,72	2,88	3,07	3,07	2,94	3,05
45-64 anys	9,71	10,19	10,63	10,87	11,22	11,45	10,94	10,92
65-74 anys	16,95	18,07	19,32	19,63	20,18	20,41	19,36	19,50
75 anys o més	31,09	30,07	29,25	27,11	25,87	26,36	24,43	23,99
Total	7,68	7,77	7,89	7,79	7,92	8,07	7,68	7,76

Font: Sistema integrat d'informació de salut (SIIS) 2006-2013, CatSalut

Per la seva banda, la dispensació d'antidepressius ha augmentat lleugerament en gairebé tots els grups d'edat entre 2006 i 2011 (excepte en el grup de 75 o més anys), i ha disminuït entre 2011 i 2013. En general, el consum d'aquests fàrmacs ha augmentat a escala mundial per múltiples causes, entre les quals la seva major qualitat. Ara bé, tal com recull una de les darreres recomanacions del projecte Essencial (Essencial, 2014), la depressió major lleu no ha de ser tractada amb fàrmacs antidepressius en pacients que no presenten antecedents d'episodis previs, ja que la relació entre els riscos i els beneficis és desfavorable.

**Consum d'antidepressius (en dosi/habitant/dia, DHD per 100 habitants) per
grups d'edat, 2006-2013**

Edat	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Menors de 20 anys	0,09	0,11	0,14	0,18	0,24	0,25	0,25	0,29
20-44 anys	2,5	2,7	2,9	3,2	3,56	3,7	3,6	3,74
45-64 anys	8,8	9,2	9,8	10,2	10,8	11,4	11,0	10,9
65-74 anys	12,3	13,3	14,4	14,8	15,5	16,4	15,6	15,6
75 anys o més	20,5	20,6	20,8	19,9	19,9	21,2	19,9	19,5
Total	6,1	6,3	6,6	6,7	7,1	7,5	7,2	7,3

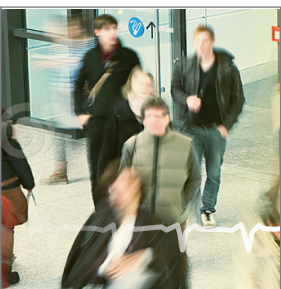
Font: Sistema integrat d'informació de salut (SIIS) 2006-2013, CatSalut



OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Indicadors de salut



Indicadors de salut

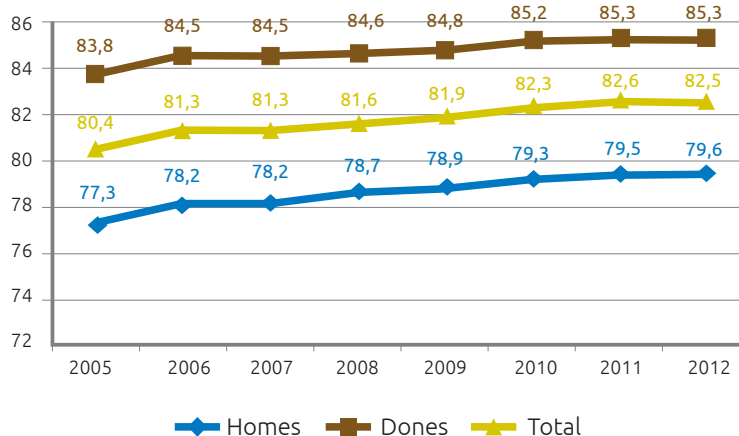
L'evidència de crisis econòmiques anteriors mostra que l'impacte negatiu en els indicadors de salut s'observa a llarg termini. D'altra banda, per tal de detectar l'impacte en la salut a curt termini s'haurien de fer anàlisis de grups vulnerables, atès que els estudis sobre tota la població poden emascarar un augment de les desigualtats en salut en determinats col·lectius. No obstant això, també és important monitorar els indicadors de salut i de mortalitat en la població general des d'abans de la crisi.

Mortalitat

La mortalitat per totes les causes estandarditzada per edat segueix una tendència descendent entre els anys 2007 i 2012. S'observa un increment brut del 4,6% de la mortalitat entre els anys 2011 i 2012, que desapareix quan s'estandarditzen les dades per edat. Analitzant per grups d'edat, s'observa que l'augment està concentrat en els mesos de febrer i març de 2012 en el grup d'edat de majors de 75 anys, amb un augment de les morts per causa respiratòria. De fet, en l'àmbit de l'Estat espanyol recentment s'ha descrit un canvi de tendència en la mortalitat de la gent gran que alguns consideren que es podria explicar pels efectes de la pobresa energètica, hipòtesi però que està pendent de demostrar. El canvi observat en persones de 60 o més anys d'edat consisteix en una menor disminució de la tendència esperada de la mortalitat, un augment de l'excés de mortalitat hivernal esperada i major impacte de la mortalitat en les dones (amb pensions més baixes i les principals responsables de l'atenció a persones dependents) que en els homes (Benmarhnia et al., 2014).

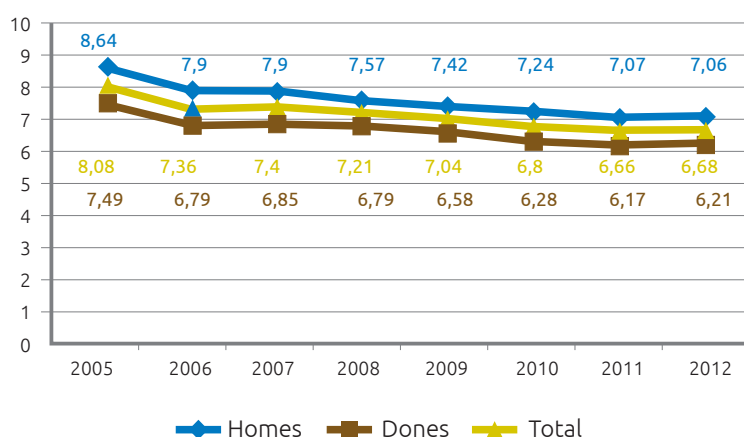
Pel que fa a l'esperança de vida en néixer, aquesta no ha experimentat canvis els darrers anys i s'observa una tendència a l'augment.

Esperança de vida en néixer en anys a Catalunya 2005-2012



Font: Institut Nacional d'Estadística (INE)

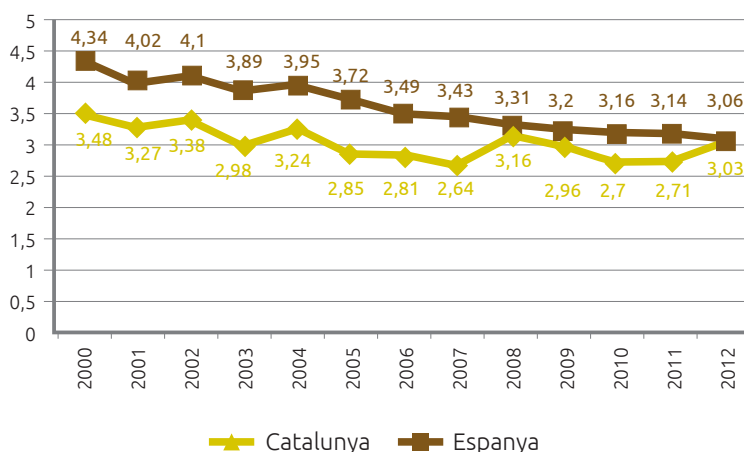
Evolució de la taxa de mortalitat a Catalunya, 2005-2012. Taxes estandarditzades per edat per 1.000 habitants



Font: Institut Nacional d'Estadística (INE)

De qualsevol manera, l'impacte de la crisi econòmica en la mortalitat pot presentar un període de latència molt llarg, afectant, per exemple, la mortalitat cardiovascular de la cohort infantil actual.

Taxes de mortalitat infantil, 2000-2012 (morts el primer any de vida per 1.000 nascuts vius)



Font: Institut Nacional d'Estadística (INE)

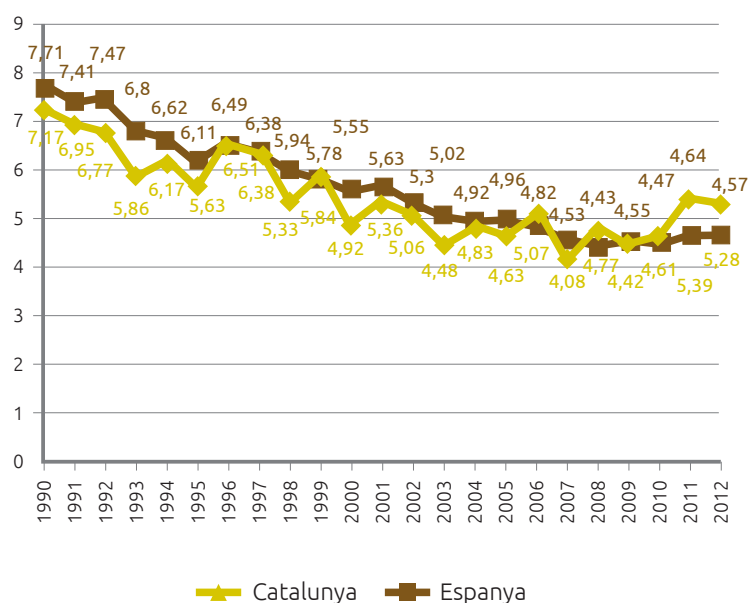
La mortalitat infantil a Catalunya és de les més baixes del món i s'ha mantingut per sota de la mortalitat de l'Estat espanyol durant els darrers anys, amb certa variabilitat. Cal recordar que aquest és l'indicador més rellevant per valorar la qualitat dels serveis sanitaris.

Les taxes de mortalitat perinatal a Catalunya mostren un augment els darrers anys, encara que aquest augment podria estar relacionat amb aspectes metodològics. En aquest sentit, es van produir canvis en el seu registre a partir de mitjan 2011, data en què s'ha modificat la forma de registrar



les morts durant el primer dia de vida, fet que podria haver influenciat els resultats dels darrers dos anys. Amb l'entrada en vigor de la nova llei, tot nascut viu que mor abans de les primeres 24 hores de vida ha de tenir butlleta de part i certificat de defunció i han de ser inscrits en els llibres corresponents del Registre Civil, fet que podria explicar l'augment del registre de mortalitat perinatal durant les primeres 24 hores de vida.

Taxes de mortalitat perinatal, 1990-2012 (morts fetals tardanes i dels primers 7 dies de vida per 1.000 nascuts vius i morts)



Font: Institut Nacional d'Estadística (INE)

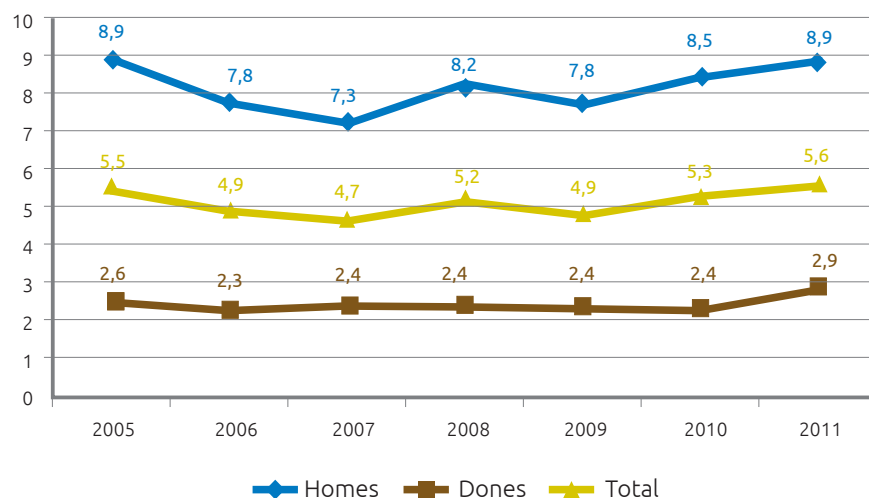
Mortalitat per causes específiques

L'experiència de crisis econòmiques prèvies mostra una disminució de la mortalitat per lesions de trànsit i per accidents laborals (sobretot en economies relacionades amb activitats amb accidents laborals com ara la construcció) i, en canvi, un augment de la mortalitat per suïcidis, morts violentes, patologies lligades al consum d'alcohol i malalties infeccioses.

La mortalitat per suïcidi és una variable indicativa de mala salut i de patiment mental i, encara que no sempre és atribuïble a trastorn mental, és indicador de patiment i estrès. La tendència en la mortalitat per suïcidi a Catalunya mostra oscil·lacions lleugeres entre 2005 i 2011 mantenint la taxa estable, i una estabilització de la davallada contínua en les dones.

Aquests resultats estan en la línia d'altres estudis publicats que, tot i tenir febleses metodològiques (dificultat per establir relacions causals, comportament cíclic dels suïcidis, curts períodes de seguiment, etc.), posen de manifest un lleuger increment en els suïcidis entre els anys 2009 i 2011, però en aquest cas situant-se en xifres de l'any 2005 (abans de la crisi).

Evolució de la taxa de mortalitat per suïcidi segons el sexe estandarditzada per edat per 100.000 habitants a Catalunya, 2005-2011



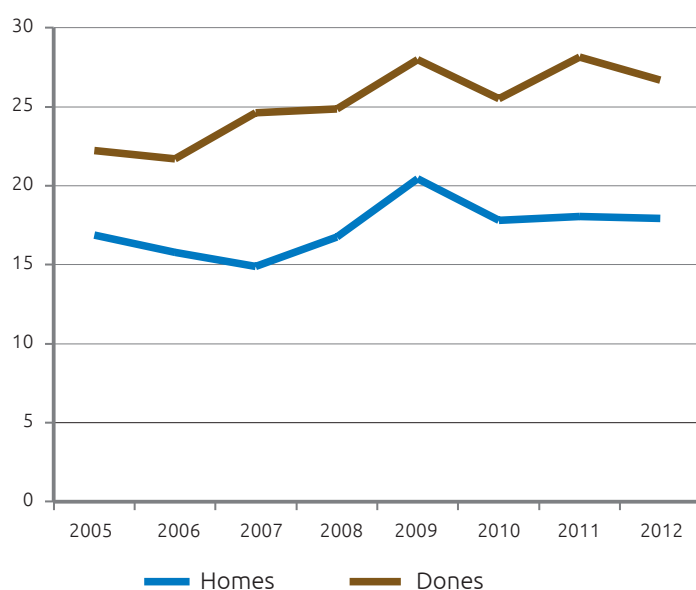
Notes: els suïcidis i les autolesions corresponen al grup 71 de la llista de D73 de causes de mort; dades estandarditzades per edat per 100.000 habitants, pel mètode directe, utilitzant com a població de referència la població censal de Catalunya de 1991

Font: Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut

Hospitalitzacions per intent de suïcidi

A continuació es presenten els gràfics d'hospitalitzacions per intent de suïcidi per grups d'edat. Les taxes d'hospitalització per intent de suïcidi han augmentat a Catalunya en el període 2005-2012, tant en homes (16,9 a 17,9) com en dones (22,2 a 26,7). L'evolució de les taxes específiques d'hos-

Taxes d'hospitalització per intent de suïcidi a Catalunya segons el sexe, per 100.000 habitants, 2005-2012

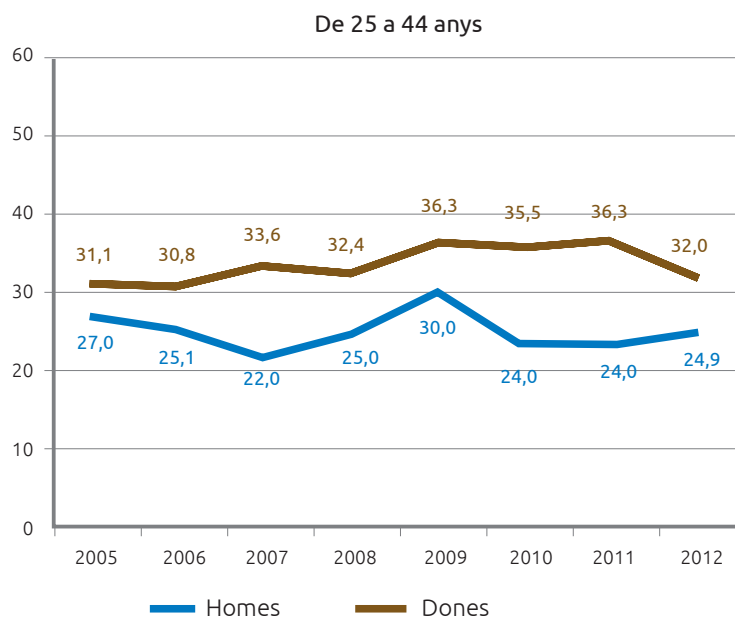


Font: Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD-HA), CatSalut



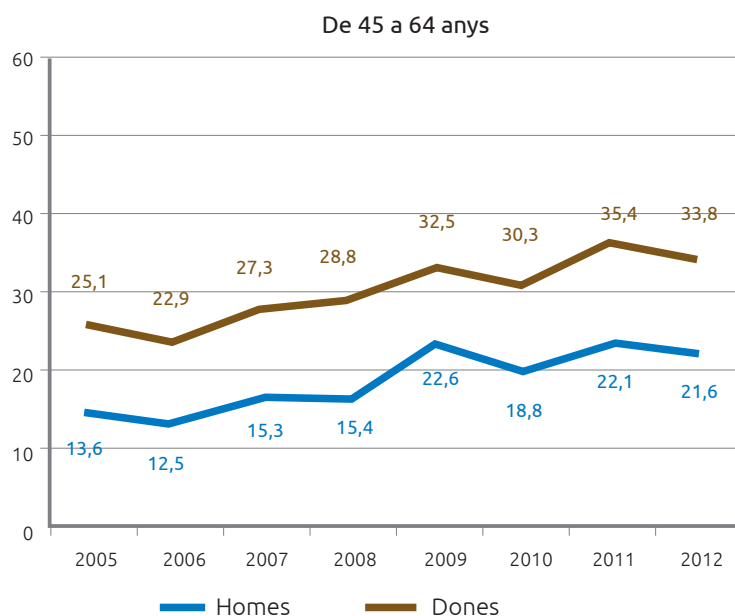
pitalització per edat per aquesta causa posa de manifest que això s'explica per la tendència creixent entre els majors de 45 anys (tant en homes com en dones).

Taxes d'hospitalització per intent de suïcidi a Catalunya segons el sexe i l'edat, per 100.000 habitants, 2005-2012



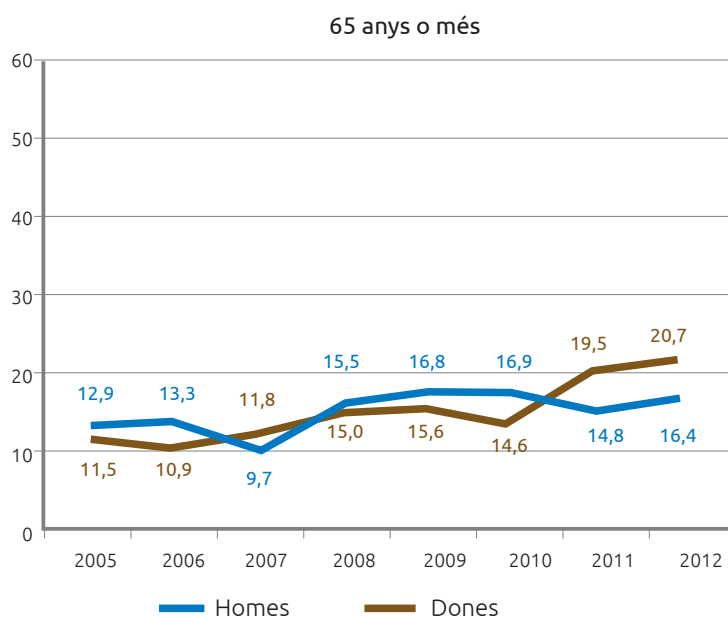
Font: Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD-HA), CatSalut

Taxes d'hospitalització per intent de suïcidi a Catalunya segons el sexe i l'edat, per 100.000 habitants, 2005-2012



Font: Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD-HA), CatSalut

Taxes d'hospitalització per intent de suïcidi a Catalunya segons el sexe i l'edat, per 100.000 habitants, 2005-2012

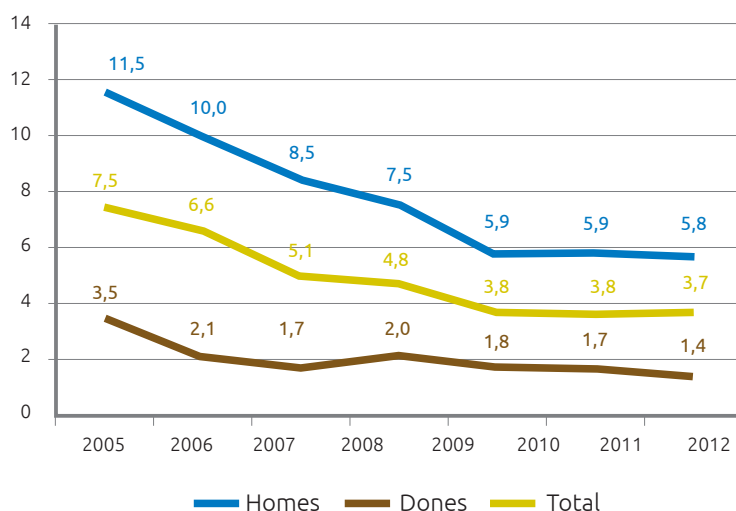


Font: Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD-HA), CatSalut

Mortalitat per accidents de trànsit

Entre 2005 i 2010 les morts per lesions de trànsit han disminuït de forma significativa, en part per les polítiques de seguretat viària desenvolupades (García-Altès et al., 2013), tendència que es va iniciar l'any 2000. A part de

Evolució de la taxa de mortalitat per lesions de trànsit de vehicles a motor estandarditzada per edat per 100.000 habitants, Catalunya 2005-2011



Notes: les lesions de trànsit de vehicles a motor corresponen al grup 66 de la llista de D73 de causes de mort; dades estandarditzades per edat per 100.000 habitants, pel mètode directe, utilitzant com a població de referència la població censal de Catalunya de 1991

Font: Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut



les múltiples i efectives intervencions que hi hagut en els darrers deu anys per disminuir les lesions de trànsit, és àmpliament reconegut que en èpoques de crisi es produeix una disminució del trànsit de vehicles, amb una menor probabilitat de lesió i de mortalitat.

S'ha de tenir en compte que les taxes de mortalitat, tant pel que fa a les lesions de trànsit com als suïcidis, són dades que passen per procediments administratius i judicials complexos que han patit canvis al llarg del temps i presenten certa variabilitat associada a aquests canvis, motiu pel qual s'han de prendre amb precaució i analitzar-ne l'evolució a llarg termini. Un fet similar succeeix amb les taxes de mortalitat perinatal, que com ja s'ha esmentat, han patit canvis en el seu registre a partir de mitjan 2011.

Malalties isquèmiques del cor i cerebrovasculars

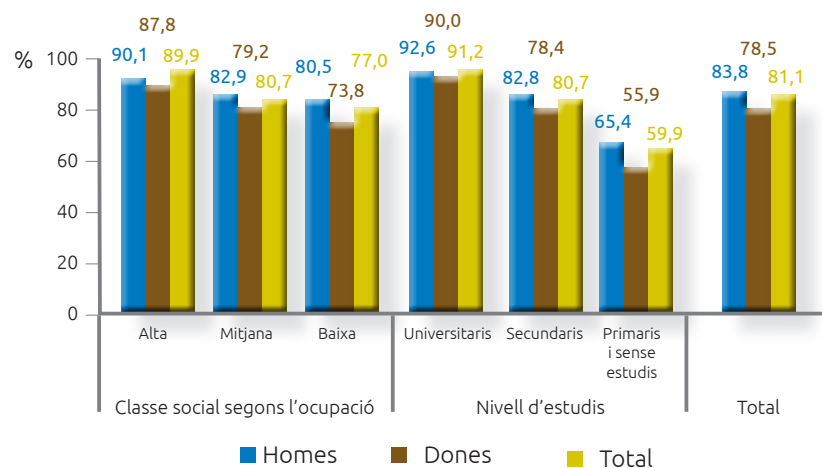
La mortalitat per malaltia isquèmica del cor i cerebrovascular s'ha reduït de forma molt rellevant en els darrers vint anys. En els darrers cinc anys la mitjana de reducció anual per malalties isquèmiques del cor ha estat del 4,9% en població general, i del 7,4% en la població de 35 a 74 anys, mentre que la mortalitat per malalties vasculars cerebrals s'ha reduït de mitjana anual un 1,9% en els darrers cinc anys, i fins al 5,5% entre la població menor de 75 anys (Font: Observatori del sistema de salut de Catalunya, Departament de Salut).

Estat de salut

Segons els resultats de l'ESCA 2013, el 78,4% de la població declarava la percepció de la seva salut com a excel·lent, molt bona o bona. S'han trobat diferències segons la classe social i el nivell d'estudis amb un gradient social tant als homes com a les dones.

La salut mental a Catalunya s'ha analitzat a l'ESCA a partir del *General Health Questionnaire* (GHQ; els individus amb una puntuació igual o superior a 3 en aquest instrument presenten més risc de patir problemes de salut

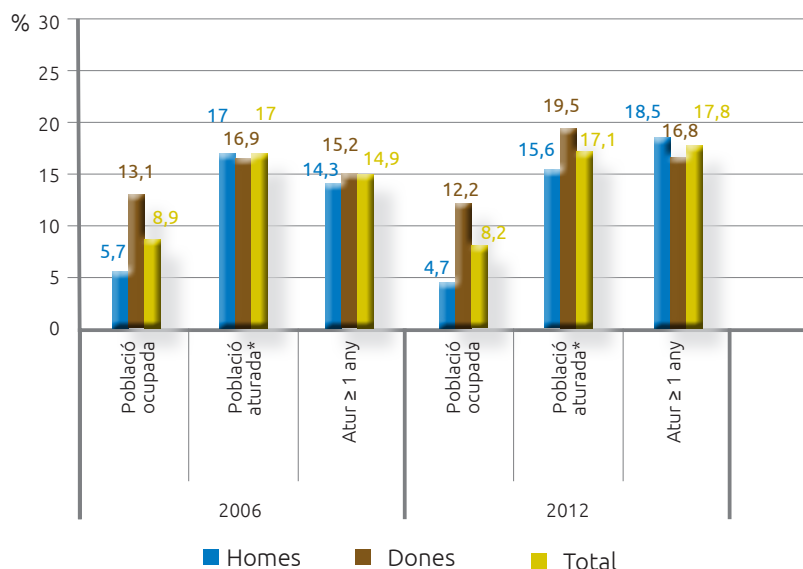
Proporció de la població general amb salut autopercebuda positiva (excel·lent, molt bona i bona), per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2013



Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

mental). La població que fa més d'un any que està aturada presenta un empitjorament en els resultats en el GHQ de l'any 2012, especialment en els homes.

Prevalença de risc de mala salut mental (GHQ ≥ 3) segons la situació laboral, 2006-2012



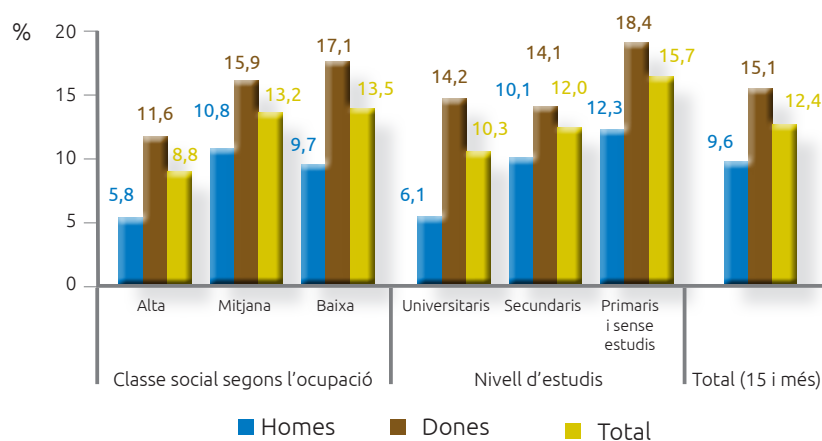
*Nota: la població aturada inclou la població amb 1 any o més d'atur.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

GHQ: General Health Questionnaire

Pel que fa a l'any 2013, la prevalença de risc de patir problemes de salut mental per al total de la població ha estat de 12,4%, amb prevalences més elevades en els homes amb nivell d'estudis primaris en relació amb els universitaris. No s'han trobat diferències segons la classe social.

Població de 15 anys i més amb risc de patir algun trastorn mental (GHQ ≥ 3) per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya 2013



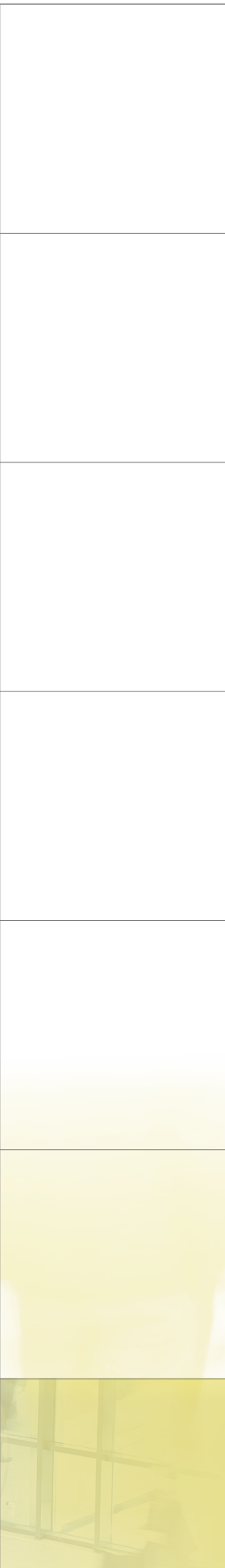
Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

GHQ: General Health Questionnaire



El darrer informe de l'Observatori de Vulnerabilitat basat en l'enquesta d'una mostra de 1.026 usuaris dels programes de Lluita contra la pobresa i l'exclusió social de la Creu Roja a Catalunya també mostra que l'estat de salut percebut d'aquest col·lectiu és pitjor que el de la població general (el 50,1% de les persones que reben ajuda bàsica perceben el seu estat de salut com a bo, molt bo o excel·lent enfront de més del 75% en la població general segons la darrera ESCA). Aquests col·lectius més vulnerables no només tenen una pitjor percepció de la seva salut, sinó que també, tal com constaten diferents indicadors, tenen una salut més precària (un major percentatge de malalties cròniques, discapacitat, dependència o dificultats de mobilitat). A més, una part important d'aquestes persones atribueixen a la seva situació econòmica i laboral actual la causa directa de la seva malaltia, a nivell físic però especialment emocional. L'estat d'ànim predominant entre les persones enquestades és la tristesa o el cansament per afrontar el dia a dia. Un 20% manifesta que de vegades o sempre pensa que no val la pena viure. D'altra banda, es constata un progressiu increment de les malalties i dolences físiques -del 32% al 39% en un any- així com dels tractaments mèdics per pal·liar-les (Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja de Catalunya -7è estudi-, 2014).

L'informe "Salut i habitatge en població vulnerable" (Novoa et al., 2013), elaborat en el marc del projecte europeu Sophie, analitza les condicions de vida, habitatge i salut de persones de 320 llars ateses per Càritas Diocesana de Barcelona l'any 2012 amb condicions d'infrahabitatge i/o amb problemes per fer front als costos relacionats amb l'habitatge. L'estudi posa en evidència la pobre situació socioeconòmica i les males condicions d'habitatge d'aquesta població afectada profundament per la crisi actual. Tots els indicadors de salut analitzats mostren com aquest col·lectiu presenta un estat de salut molt deteriorat i una pitjor situació que la població de Barcelona i, fins i tot, que la població de les classes socials més desfavorides de la ciutat.

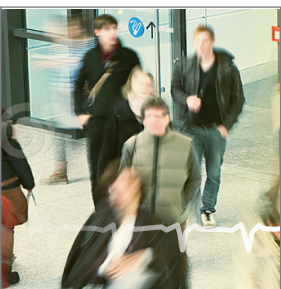




OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Implicacions



Implicacions

La salut de la població està influenciada per múltiples factors; de fet, s'estima que el 80% dels determinants de la salut són aliens al sistema sanitari, i és per això que bona part de les desigualtats en salut deriven de les desigualtats socials. L'empitjorament dels determinants socials, especialment l'atur i el risc de pobresa, destacant-ne la pobresa infantil, suposa un dels riscos més rellevants per a la salut (Segura A, 2014). Conscients del pes d'aquests determinants i la necessitat d'influir-hi, des del Govern de la Generalitat s'ha creat (febrer 2014) un Pla Interdepartamental de Salut Pública -que impulsa el Departament de Salut però en el qual participen tots els departaments del Govern- que té per finalitat *mobilitzar i responsabilitzar els diversos àmbits de govern per millorar els nivells de salut per mitjà de l'actuació sobre els seus principals determinants, tant estructurals com d'estils de vida*, incorporant la salut a totes les polítiques. En el context actual, el Pla prioritza l'abordatge de les desigualtats en salut existents i les que es puguin produir per efecte de la crisi.

En el present informe s'han analitzat un conjunt d'indicadors que ha proporcionat una descripció de l'evolució d'una sèrie de dades socioeconòmiques, d'accessibilitat i utilització dels serveis i de salut, en el marc de la crisi econòmica actual.

La crisi ha impactat en diversos determinants estructurals i intermedis de la salut (empitjorament de les condicions socioeconòmiques, augment de l'atur i de les desigualtats socials, i pitjors condicions de vida i d'habitatge), però s'observen ara per ara pocs efectes sobre la salut de la població general. Partint del gran pes que tenen els determinants socials en l'estat de salut, les polítiques i les intervencions haurien d'anar dirigides fonamentalment a abordar aquests aspectes. Cal aprofitar i desplegar el PINSAP, l'instrument que ha de servir per desenvolupar intervencions transversals de promoció i protecció de la salut que aborden els diversos determinants de la salut. La crisi pot ser l'oportunitat per afavorir la promoció de la salut comunitària i les polítiques intersectorials (Segura, 2014).

En relació amb els indicadors de salut i accessibilitat, les dades mostren com alguns d'aquests indicadors han experimentat variacions, mentre que d'altres s'han mantingut estables. Això no vol dir, però, que la crisi econòmica actual no tingui un impacte sobre la salut dels catalans. És possible que, tal com apunten alguns estudis, els efectes sobre la salut apareguin un cop transcorregut un període més llarg de temps. Per aquest motiu, l'Observatori dels efectes de la crisi continuarà monitorant aquests indicadors clau seleccionats per poder detectar qualsevol variació negativa a mitjà i llarg termini. Paradoxalment, segons experiències prèvies o en altres contextos, crisis d'aquestes característiques poden tenir conseqüències positives com la reducció d'activitats contaminants de l'entorn, la disminució del consum de productes tòxics o la reducció de morts i lesions per accidents de trànsit. En el cas de Catalunya, però, no s'ha observat cap efecte sobre

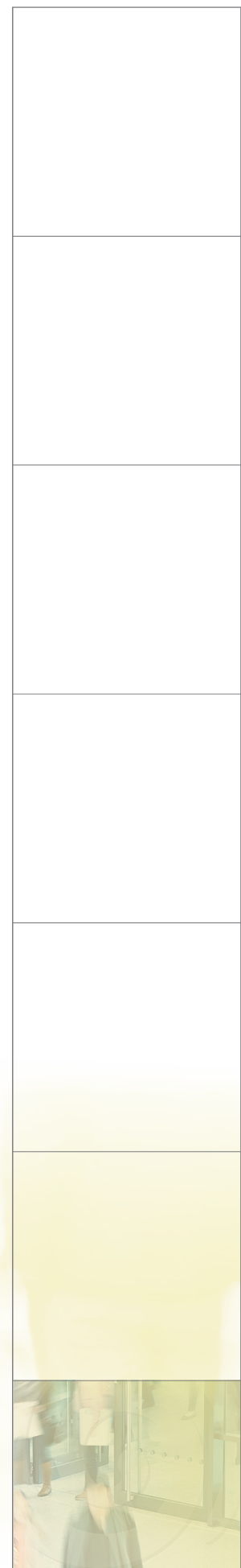
el consum de tabac, alcohol o cànnabis a la població en general, tot i que el consum de tabac entre els aturats ha estat més elevat alguns anys posteriors al començament de la crisi. Sí que s'ha produït una disminució de les morts per lesions per accidents de trànsit que ja havien baixat gràcies a les millores de la seguretat viària.

Els principals resultats socioeconòmics observats són el creixement negatiu del producte interior brut (PIB) a partir de 2008 (-0,2%), moment en què s'inicia la crisi econòmica. En aquest context, s'ha produït un increment continuat de l'atur entre els anys 2006 i 2013, passant-se del 7,5% al 24,5%. Aquesta situació també s'ha reflectit amb l'augment de la desigualtat en la distribució de la renda: l'any 2006 la renda del 20% de la població més rica era 4,6 vegades la renda del 20% de la població més pobre, l'any 2012 era 6,5 vegades superior.

Els resultats de l'informe evidencien, doncs, l'empitjorament de les condicions socioeconòmiques de la població catalana, amb un augment de l'atur i de les desigualtats socials, i pitjors condicions de vida i d'habitatge. Tot i això, el manteniment de les pensions podria haver esmorteït les diferències en salut. El nombre de persones ateses a les organitzacions no governamentals ha augmentat en els darrers anys. Les dificultats econòmiques per accedir i mantenir un habitatge digne s'han associat amb pitjors indicadors de salut mental i física que la població general.

El consum de psicofàrmacs ha augmentat lleugerament, especialment entre els joves, tot i que hi ha una tendència mundial de consum incremental d'antidepressius. No s'han observat canvis en els hàbits com el consum de tabac (però és més elevat entre els aturats), el consum de risc d'alcohol o el de cànnabis (tot i que han augmentat el nombre de tractaments iniciats a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències). No s'han trobat canvis significatius en excés de pes (sobrepès i obesitat), però caldrà monitorar si la crisi modifica, com s'ha vist a d'altres llocs, els hàbits de consum alimentaris, a quins perfils socials afecta i quines conseqüències té per la salut (inseguretat alimentària). Altres estudis han constatat que els canvis en la despesa alimentària condicionats per la situació econòmica poden tenir efectes positius (per exemple, l'augment del consum de llegums), però en general la tendència de fons sembla que sigui la d'afavorir la compra de productes menys nutritius, altament processats i rics en calories, el que contribueix a fomentar una alimentació poc saludable i a l'increment de problemes com l'obesitat (Antenas, 2014).

La mortalitat general no ha experimentat canvis els darrers anys i l'esperança de vida també ha presentat una tendència a augmentar. S'haurà d'estudiar l'evolució de la mortalitat en gent gran a més llarg termini, per confirmar o descartar els canvis de patró descrits en el grups d'edat més gran i a l'hivern i si es corresponen o no amb els canvis observats a Espanya (Benmarhnia et al., 2014). Pel que fa a les taxes d'hospitalització per intent de suïcidi, aquestes han augmentat de forma rellevant a Catalunya entre 2005 i 2012, amb una tendència creixent entre les dones de 45 i més anys i entre els homes de 45 a 64 anys d'edat. Aquests fets podrien estar relacionats amb el patiment associat a les pitjors condicions de vida de la població,



tot i que les causes no són clares i han estat discutides. En aquest sentit, des del Departament de Salut s'està implantant el Codi risc de suïcidi, per tal de disminuir les temptatives de suïcidi i la repetició mitjançant la gestió protocol·litzada i homogènia de les persones de risc identificades pels centres de la xarxa pública del sistema sanitari.

Quant a les activitats preventives, cal destacar que la incidència creixent ja des del 2003 de la infecció per VIH s'acompanya de la disminució progressiva del seu diagnòstic tardà, així com de l'increment de la declaració d'infeccioses de transmissió sexual des d'abans de la crisi. Des de l'any 2008 s'ha observat una davallada regular de la taxa d'incidència de tuberculosi del 7,6% anual. Per tant, no està clar el paper que pot estar jugant la crisi en la xarxa causal de la patologia infecciosa i de fet no es pot afirmar que s'observin efectes directes en termes de morbiditat. Caldrà estudiar si l'impacte de les polítiques restrictives en els pressupostos de salut (i també en els altres àmbits del benestar social) té un efecte progressiu en el deteriorament de les condicions de vida, especialment en els grups més vulnerables a curt termini i a la llarga a tota la població, que finalment afecti de forma progressiva la salut/malaltia (Llácer et al., 2014).

Els programes preventius de detecció precoç de càncer de mama i de còlon i recte s'han mantingut (en el cas del còlon i recte, el programa no s'ha acabat de desplegar i de fet la seva cobertura actual és del 20% de la població), i el cribratge neonatal s'ha ampliat amb la detecció precoç de vint-i-dues malalties. No obstant això, les decisions sobre cribratges poblacionals i vacunes (aspecte en aquest darrer cas que també seria convenient incloure en els futurs informes) haurien de considerar el seu cost-efectivitat i en definitiva el seu cost d'oportunitat, alhora que promoure una presa de decisions més compartida, amb informació transparent i adequada, entre els professionals i les persones a qui se'ls ofereix.

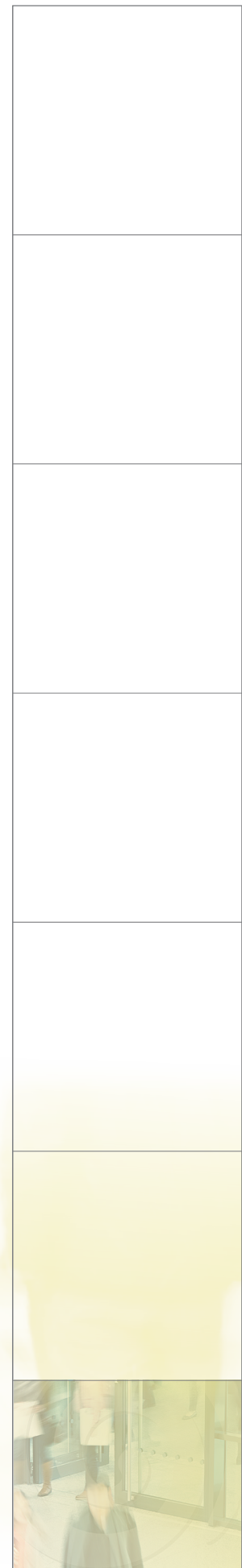
Pel que fa als indicadors d'accessibilitat i utilització de serveis sanitaris, es poden observar els bons resultats assolits en les urgències i emergències mèdiques i els principals problemes de salut, que s'han prioritzat en detriment de l'activitat electiva, traduint-se en un augment de les persones que es troben en llista d'espera i del temps d'espera per a les intervencions que són programades. Aquestes actuacions s'emmarquen en les mesures preses per garantir la viabilitat del sistema sanitari que han anat acompanyades pel desplegament d'un model assistencial sostenible les bases del qual es troben definides en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Els principals elements d'aquest model són l'atenció centrada en el pacient, la implantació d'un model d'atenció del malalt crònic que permeti reduir els reingressos evitables, la reordenació dels serveis i utilització de dispositius alternatius com els hospital de dia o les unitats de subaguts dels centres sociosanitaris. En relació amb els processos quirúrgics, s'està incrementant, des de l'any 2012, un 2% l'activitat quirúrgica anual i s'ha desenvolupat el Pla director de cirurgia cardíaca amb l'objectiu d'augmentar les intervencions quirúrgiques i reduir-ne el temps d'espera. Per acabar, en relació amb les llistes d'espera cal desplegar un sistema de prioritització de la llista d'espera, objectiu i transparent, eina que ha estat desenvolupada en el nostre

context (Solans et al., 2012) i que no ha tingut una plena aplicació (Tebé et al., 2011). Establir la prioritat per a la cirurgia basada en criteris com la necessitat i el benefici esperat o els condicionants socials és una eina que pot ajudar a millorar l'equitat en l'accés d'aquests serveis, especialment en situacions com l'actual. Així doncs, la crisi hauria d'incentivar encara més la cultura de la prioritització de pacients, d'intervencions i de polítiques, implicant tots els actors amb els seus punts de vista i el seu compromís i fer ús de l'evidència científica disponible per a la presa de decisions. D'altra banda, la falta de dades exhaustives i fiables en altres àmbits en què podria haverhi problemes d'accessibilitat com l'espera per les consultes als especialistes, per proves diagnòstiques o per intervencions ambulatories, no permet actualment fer una valoració d'aquest àmbit tot i la percepció ciutadana de tenir una menor accessibilitat en situacions en què majoritàriament no hi ha una urgència per la gravetat de la situació però potser sí una afectació rellevant de la qualitat de vida i una ansietat deguda a l'espera.

Si bé la disminució del pressupost en salut posa al sistema sanitari públic en tensió, especialment pel que fa a l'accessibilitat, paradoxalment la satisfacció amb l'atenció sanitària en general és bona segons les enquestes i es podria explicar gràcies al professionalisme dels treballadors i al trasllat de part del finançament als proveïdors (López-Casasnovas G, 2014). La millor valoració de l'estat de salut en general podria ser conseqüència de canvis en les expectatives de la població. Aquest patró incremental també s'observa en la valoració de l'atenció rebuda en les enquestes de satisfacció als usuaris dels serveis sanitaris i sociosanitaris públics a Catalunya (Aguado H, 2012). Però el problema probablement rau en la població no atesa, aquella que no ha pogut entrar en contacte amb el sistema sanitari i es troba en espera i podria estar patint més els problemes d'accessibilitat.

El copagament farmacèutic ha suposat una reducció important en el nombre de receptes dispensades a les oficines de farmàcia durant el primer any d'aplicació de la mesura el que constata que la demanda de receptes mèdiques és molt sensible al preu. Cal conèixer però quins grups de pacients i grups terapèutics han estat els més afectats per aquesta reducció del nombre de receptes, a fi d'avaluar tant la potencial reducció del consum excessiu, com el seu efecte sobre l'accés als medicaments (problemes d'adherència als tractaments, accés a tractaments necessaris i efectius) i a altres recursos sanitaris, que podrien tenir un efecte sobre la salut (Puig-Junoy J, 2013). Per tal d'analitzar què s'ha deixat de consumir, i quins grups de pacients han deixat de fer-ho, el professor Jaume Puig-Junoy està treballant en un segon estudi a petició de l'AQuAS, per avaluar l'impacte del copagament per grups de pacients i grups terapèutics. També caldrà distingir la medicació curativa o pal·liativa de la preventiva, els efectes de la qual trigaran més a notar-se.

Un dels problemes més destacats que aflora del darrer estudi de l'Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja és la dificultat que té el col·lectiu de persones enquestades (usuaris dels programes de lluita contra la pobresa i l'exclusió social de la Creu Roja) per fer front als tractaments mèdics prescrits. Així doncs, l'actual sistema de copagament en les prestacions farma-



cèutiques segons les categories i nivells de renda, si bé inclou exempcions totals en determinats casos d'extrema vulnerabilitat, no aconsegueix garantir l'accés a la medicació necessària a tothom. Més acusada és encara la desigualtat quan es parla de serveis i de tractaments especialitzats i/o que no estan finançats públicament, com els bucodentals o els òptics (Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja de Catalunya -7è estudi-, 2014).

Algunes veus apunten la necessitat de realitzar reformes profundes per tal d'assegurar la sostenibilitat del sistema sanitari, dirigides a la desinversió de serveis inapropiats i a emfatitzar els canvis en la gestió clínica, així com crear marcs de consens i bon govern (Repullo, 2014). També cal un debat i una estratègia sobre el finançament futur de la innovació i dels canvis tecnològics que es puguin produir.

Per acabar, pel que fa a l'estat de salut, tot i que la salut autopercebuda ha millorat per al total de la població comparant l'any 2006 amb els anys 2011 i 2012, els aturats han presentat pitjor percepció de salut a totes les enquestes. Confirmant l'evidència dels estudis publicats, la població aturada ha presentat pitjors resultats de salut mental. De fet, els grups de població més vulnerables presenten un impacte negatiu molt important amb pitjors resultats tant en la salut percebuda com en el risc de mala salut mental, i en la majoria d'indicadors de salut. El risc de patir problemes de salut mental ha augmentat sobretot en els homes a l'atur, aspecte que també ja ha estat constatat per l'Observatori de Salut Mental (<http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Impacte/Default.htm>).

En conclusió, tot i que en l'anàlisi de la majoria dels indicadors de salut i d'utilització dels serveis de la població en general no s'observen variacions significatives des de l'inici de la crisi econòmica, quan es realitza una anàlisi dividint la població per situació laboral (atur, no atur, tipus de contracte, etc.) o la classe social, sí que es detecten diferències significatives entre els grups de població. Els dos indicadors que destaquen en aquest sentit (no tots els indicadors poden ser observats dividint la població) són la salut autopercebuda i el risc de patir un problema de salut mental. En ambdós casos les persones que es troben en situació d'atur presenten uns resultats pitjors. Es podria afirmar, doncs, que l'atur és un problema de salut. Per tal d'aprofundir en aquesta línia, l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de població, té previst dedicar propers informes a l'anàlisi dels efectes de la crisi en els grups de població vulnerables, aquells sobre els quals els poders públics han d'actuar prioritàriament.

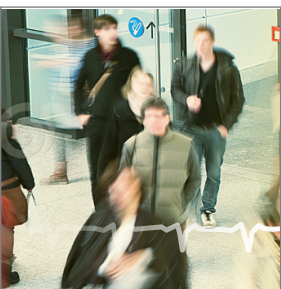


OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Propers passos





Propers passos

L'Observatori sobre els efectes de la crisi econòmica en la salut de la població ha de ser un instrument per orientar les polítiques públiques a partir de les necessitats detectades. Així, en el proper informe caldrà, a més de continuar analitzant els determinants socioeconòmics per perfils poblacionals a partir de fonts d'informació com l'ESCA 2013, aprofundir en l'anàlisi en funció de la classe social, el nivell de renda o el territori, dels indicadors d'accessibilitat i utilització dels serveis sanitaris. Aquest abordatge és especialment rellevant ja que a través de l'anàlisi global de la població pot ser que no es detecti l'evolució negativa d'alguns dels indicadors de salut en grups poblacionals específics. Alguns d'aquests grups vulnerables en els quals s'ha de fer especial èmfasi en properes anàlisis són la població infantil, les persones grans que viuen soles i disposen de poca xarxa social, els qui pateixen situació d'atur de llarga durada, els immigrants -especialment els que es troben en situació administrativa irregular- i els grups amb risc d'exclusió social (pobresa extrema, persones sense sostre). A més, serà important no només obtenir totes aquestes dades que siguin rellevants i vàlides sinó també amb la major puntualitat possible.

El primer element que cal tenir en compte és que en aquest informe no s'ha aprofundit en alguns dels aspectes de les polítiques de salut i benestar amb potencial influència en les futures generacions. Així, aquest informe es dedica a analitzar fonamentalment els indicadors d'accés i utilització de serveis sanitaris i de salut, tot i que se sap que gran part dels determinants de la salut són aliens al sistema sanitari. Un exemple és el nivell educatiu, ja que la garantia d'una educació infantil i primària de qualitat i la inversió en atenció primària de salut són elements fonamentals per lluitar contra la pobresa de transmissió intergeneracional (García-Altés et al., 2014).

Per desplegar aquestes línies d'anàlisi, és molt important poder comptar amb instruments que permetin relacionar informació provinent de diferents fonts i buscar indicadors sensibles als canvis produïts al llarg dels anys, així com metodologies apropiades per estudiar l'impacte de les condicions socioeconòmiques i les polítiques públiques en la salut de la població. Una de les opcions per realitzar aquesta anàlisi és a través de la informació disponible a partir de l'entrada en vigor del nou model de copagament farmacèutic, que es basa en el nivell de renda fixat segons la base liquidable de la darrera declaració de renda vigent. Així, aplicant-hi aquest model, es disposa d'informació de renda per individus. No obstant això, una limitació d'aquestes dades és l'amplitud dels trams de renda sobre els quals es disposa d'informació, ja que només permeten l'estratificació de la població en quatre grans grups: perceptors de rendes mínimes (PIRMI, pensions no contributives, etc.), persones amb una renda inferior a 18.000 € anuals, persones amb una renda entre 18.000 € i 100.000 € i persones amb una renda de 100.000 € o superior. Aquestes dades es poden complementar amb les referents a la situació laboral dels individus: en actiu, perceptors de prestació contributiva, perceptors de prestació no contributiva, prestació

o subsidi esgotat o pensionista. L'AQuAS està treballant en aquest línia per tal d'aprofundir en l'anàlisi dels indicadors seleccionats utilitzant els nivells de cobertura de la prestació farmacèutica.

Una alternativa a aquest model és desenvolupar índexs ecològics de base territorial, que permeten inferir un nivell socioeconòmic a una persona a partir del seu territori de residència. Un dels índexs més utilitzats en aquest context és el MEDEA (Domínguez-Berjón MF, 2008). Aquest és un índex de privació compost, que es construeix a partir de la informació del cens. Els indicadors inclosos en la construcció d'aquest índex mesuren aspectes com el nombre de treballadors manuals, l'atur, els treballadors eventuals, la instrucció insuficient, la delinqüència o el vandalisme, l'envelliment, els estrangers de països de renda baixa o les llars monoparentals. Un dels avantatges d'aquest índex és que ofereix informació per àrees petites (unitat censal), que permet la seva agregació en àrees bàsiques de salut (ABS). Un dels desavantatges rellevants és que no ha estat calculat per a totes les unitats censals. Una altra limitació relativa al MEDEA té a veure amb el fet que està construït a partir del cens de 2001, per tant les dades són antigues. A més, els canvis de metodologia recent per a l'actualització del cens poden dificultar el seu recàlcul. Tot i que aquesta classificació territorial pot resultar d'utilitat, ateses les seves limitacions, proposarem una classificació territorial a partir de paràmetres, com el nivell d'atur, recollits per l'Idescat.

D'altra banda, entre els indicadors de salut a monitorar i analitzar de forma específica a mitjà i llarg termini, i que no s'han pogut incloure en el present informe, es troben les taxes de mortalitat per algunes causes relacionades amb l'alcohol, o les taxes de fecunditat, especialment en edats joves en què l'atur ha tingut un major impacte. També s'hauria d'observar l'evolució de l'esperança de vida lliure de discapacitat o en bona salut o la mortalitat per causes innecessàriament prematures i sanitàriament evitables. Alhora, un altre aspecte que caldria analitzar en el proper informe són els factors ambientals, com la contaminació atmosfèrica exterior, en tractar-se del risc ambiental més rellevant en termes de salut.

Finalment, com ja s'ha esmentat, el fet de basar-se només en l'ús d'indicadors poblacionals pot ser limitant ja que majoritàriament no ajuden a comprendre factors profunds de canvi. En aquest sentit, els professionals sanitaris, la ciutadania o altres agents del sistema poden ajudar a detectar quins altres estudis caldria realitzar, tenint en compte la seva viabilitat en el context de les dades de què es disposen.

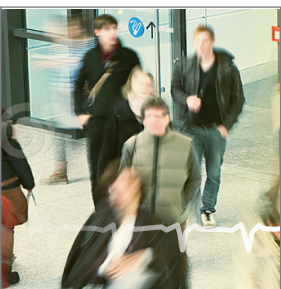
Així doncs, l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població vol anar més enllà i ser un instrument per conèixer l'evolució de la salut i dels seus determinants de forma continuada i així monitorar la vulnerabilitat o resiliència de la salut i del sistema sanitari davant de canvis econòmics i socials (tant en situacions de crisi com d'expansió econòmica), i més tenint en compte que probablement hem entrat en una fase d'estancament econòmic de llarga durada.



OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Bibliografia



Bibliografia

Aguado H. La veu de la ciutadania. Com la percepció de la ciutadania es vincula a la millora dels serveis sanitaris i el sistema de salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Salut. Servei Català de la Salut; 2012.

Antenas JM, Vivas E. Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:58-61.

Artazcoz L, Borrell C. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008;22:465-73.

Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. Eur J Public Health. 2014;24(3):415-8.

Benmarhnia T, Zunzunegui MV, Llácer A, Béland F. Impact of the economic crisis on the health of older persons in Spain: research clues based on an analysis of mortality. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:137-41.

Berger RP, Fromkin JB, Stutz H, Makoroff K, Scribano P, Feldman K, et al. Abusive Head Trauma During a Time of Increased Unemployment: A Multi-center Analysis. Pediatrics. 2011;128:637-43.

Bremberg S. Does an increase of low income families affect child health inequalities? A Swedish case study. J Epidemiol Community Health. 2003;57:584-8.

Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K, Margerison-Zilko C, Subbaraman M, LeWinn K, et al. The Health Effects of Economic Decline. Annu Rev Public Health. 2011;32:431-50.

Comission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.

Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectiva. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:1-6.

Dahlgren G, Whitehead M. A framework for assessing health systems from the public's perspective: the ALPS approach. Int J Health Serv. 2007;37(2):363-78.

Dávila-Quintana CD, González López-Valcarcel B. Secuelas a largo plazo de las crisis económicas y desigualdades sociales en salud. Rev Esp Salud Pública. 2014;88:187-90.

Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. Soc Ind Res. 1976;2:453-66.

Diderichsen F, Andersen I, Manuel C; Working Group of Danish Review on Social Determinants of Health, Andersen AM, Bach E, et al. Health inequality-determinants and policies. Scand J Public Health. 2012;40(8 Suppl):12-105.

Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín, MI, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). Gac Sanit. 2008;22(3):179-87.

Essencial (recomanació): Antidepressius per l'episodi depressiu major lleu. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014 [citad octubre 2014]. Disponible a: http://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/antidepressius_depressio_major_leu.

European Observatory on Health Systems and Policies. Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.

Fischer M, Karlsson M, Nilsson T. Effects of compulsory schooling on mortality: evidence from Sweden. Int J Environ Res Public Health. 2013;10:3596-618.

Fundación 1º de Mayo. Encuesta de población activa (1º TRIM 2014). Tasa de protección por paro según Comunidad Autónoma, sexo y edad. Informes 92; Mayo 2014 [citad setembre 2014]. Disponible a: www.1mayo.ccoo.es

García-Altés A, Ortún V. Funcionamiento del ascensor social en España y posibles soluciones. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:31-6.

Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidences from primary care centers. Eur J Public Health. 2013;23:103-8.

González-Bueno G, Bellos A, Arias M. La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños. Madrid: UNICEF España; 2012.

Heltberg R, Hossain N, Reva A. Living through Crises: How the Food, Fuel, and Financial Shocks Affect the Poor. Washington, DC (US): World Bank; 2012.

Hui X, Velény EU, Yazbeck AS, Lunes RF, Smith O. Learning from economic downturn: how to better assess, track and mitigate the impact on the health sector. Washington, DC (US): World Bank; 2013.

Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece health crisis: from austerity to denialism. Lancet. 2014;383:748-53.

Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet. 2011;378:457-8.

Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario (Canada): Minister of Supply and Services; 1974.

Leahy A, Healy S, Murphy M. A study of the impact of the crisis and austerity on the people. With special focus on Greece, Ireland, Italy, Portugal and Spain. Brussels (Belgium): Caritas Europa; 2014.

López-Casasnovas G. La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:18-23.



- Llácer A, Fernández-Cuenca R, Martínez-Navarro F. Crisis económica y patología infecciosa. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:97-103.
- Mackenbach JP, Karanikolos M, McKee M. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. Lancet. 2013;381:1121-34.
- Marmot M, Goldblatt P. Importance of monitoring health inequalities. BMJ. 2013;347:f6576.
- McGinnis M, William-Russo P, Klickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. Health Affairs. 2002;21:78-93.
- Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS One. 2013;8(1):e51333.
- Navarro V, Clúa-Losada M, editores. El impacto de la crisis en las familias y en la infancia. Observatorio social de España. Barcelona: Ariel; 2012.
- Novoa AM, Ward J, Malmusi D, Díaz F, Darnell M, Trilla C, et al. Condicions de vida, habitatge i salut. Mostra de persones ateses per Càritas Diocesana de Barcelona. Barcelona: Càritas Diocesana de Barcelona; 2013.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. La salut de la població de Catalunya en el context europeu. Monogràfics de la Central de Resultats, número 8. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014.
- Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja de Catalunya. L'afectació de la crisi en la salut de les persones, 7è estudi. Barcelona: Creu Roja; 2014.
- Puig-Junoy J, López-Valcárcel BG, Rodríguez-Feijoó S, García-Altés A. Avaluació de l'impacte de les reformes en el copagament farmacèutic a Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, número 5. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.
- Rajmil L, Fernández de Sanmamed MJ. Re: The assault on universalism: how to destroy the welfare state. Re: Destruction of a less developed welfare state and impact on the weakest, the youths (rapid responses). BMJ. 2012. Disponible a: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973/rr/570926>
- Repullo JR. Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:62-8.
- Rivadeneyra-Sicilia A, Minué S, Artundo C, Márquez S. Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28 Supl 1:12-7.
- Robone S, Jones AM, Rice N. Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being. Eur J Health Econ. 2011;12:429-44.
- Rodés Monegal A, Jané Checa M, López Espinilla MM, García Lebrón M. Informe anual 2012. Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014.
- Rodríguez E. Marginal employment and health in Britain and Germany: does unstable employment predict health? Soc Sci Med. 2002;55:963-79.

Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med*. 2011;840-54.

Segura A. Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 Supl 1:7-11.

SIVES 2012. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ ITS a Catalunya. Document Tècnic Núm. 21. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya; 2012.

Solans A, Adam P, Espallargues M. Elaboració d'un sistema universal de prioritització de pacients en llista d'espera. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012.

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2010.

Taylor-Robinson D, Rougeaux E, Harrison D, Whitehead M, Barr B, Pearce A. Malnutrition and economic crisis. Rise of food poverty in the UK. *BMJ*. 2013;347:f7157.

Tebé C, Adam P, Alomar S, Espallargues M. Impacte del sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per artroplasties de genoll i maluc i cirurgia de cataracta. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.

Thornton J. Estimating a health production function for the US: some new evidence. *Appl Econ*. 2002;34:59-62.

Tjepkema M, Wilkins R, Long A. Socio-economic inequalities in cause-specific mortality: a 16-year follow-up study. *Can J Public Health*. 2013;104:e472-8.

Urbanos-Garrido RM, López-Valcarcel BG. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *Eur J Health Econ*. 2014. DOI: 10.1007/s10198-014-0563-y.

Wise P. Children of the recession. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:1063-4.

Witham G. Child poverty in 2012. It shouldn't happen here. London (United Kingdom): Save the Children; 2012.







Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

| PINSAP | Pla interdepartamental de salut pública



**Generalitat
de Catalunya**

Observatori del Sistema de Salut de
Catalunya (OSSC)

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries
de Catalunya (AQuAS)

Roc Boronat, 81-95 (2a planta)

08005 Barcelona

Tel. 93 551 39 00

Fax. 93 551 75 10

<http://observatorisalut.gencat.cat>

<http://aquas.gencat.cat>

Salut i crisi